

小児歯科 予診表

初診 ・ 再診

年 月 日

下記の項目についてできるだけ正確にご記入ください。
ご記入いただいた個人情報は、厳重に管理させていただきます。

ふりがな お名前	男・女	生年月日 年 月 日
〒 ご住所	TEL(自宅)	
保護者 氏名 (続柄)	TEL(携帯) 予約日前日にSMSにてご連絡致します	

どうなさいましたか	部位や痛みの様子など詳しくご記入ください 例：検診がしたい、フッ素を塗ってほしい、学校の歯科検診でむし歯と言われた etc... ()
お子さまは今までに歯の治療を受けたことがありますか	ない / ある 治療できた ・ 嫌がったが治療できた ・ 治療できなかった
麻酔や歯を抜いたことがありますか またそのときに異常はありましたか	異常なかった ・ 麻酔をしたことがない ・ 歯を抜いたことがない 気分が悪くなった ・ 血がなかなか止まらなかった 痛みが続いた ・ 腫れた ・ その他()
予防接種を受けたことがありますか	ない / ある
今までにおおきな病気にかかったことがありますか	ない / ある 病名(年齢 才のとき)
現在病院にかかっていますか また飲んでいる薬はありますか	いいえ / はい 病名() 薬名()
食物・薬物・金属やゴムなどアレルギーまたは特異体質などはありますか	ない / ある ぜんそく ・ じんましん ・ かぶれやすい アレルギー() その他()
お子さまの治療についてご希望はございますか	応急処置のみ ・ 痛いところだけ治したい ・ 悪いところすべて治したい お口の健康管理もしてほしい(歯ブラシ指導 ・ 定期健診 ・ 歯並びのチェック)
フッ素塗布を希望されますか	希望する ・ 希望しない
どのようにして当院をお知りになりましたか	家や職場に近い ・ 看板を見て ・ 家族が通っている 友人や知人の紹介 ・ 他の医院や医師に紹介された ・ ホームページを見て ご紹介者や医院名(様)
治療についてのご要望や質問などがありましたらご記入ください	



医療法人社団 未来会 アツギトレリス歯科

厚木市戸室5-31-1 アツギトレリス3F

TEL 046-225-8577 FAX 046-259-5656