



住所：〒 _____ 県 _____ 市

来院方法：自動車・自転車・徒歩・タクシー・バス・その他（ _____ ）

自宅TEL： _____

家族名（同居者全員を記入下さい。）計 _____ 人

携帯TEL： _____

	氏名	年齢	性別	生年月日	出生順位	体重(Kg)	身長(cm)
ふりがな 1.本人	愛称（ _____ ）	歳 か月	男・女	昭和・平成・令和 . .	第 子		
2.父		歳	/	昭和・平成・令和 . .	本人の通学・通園 学校名： 保護者の職業・勤務先 ・父： ・母：		
3.母		歳		昭和・平成・令和 . .			
4.		歳	男・女	昭和・平成・令和 . .			
5.		歳	男・女	昭和・平成・令和 . .			
6.		歳	男・女	昭和・平成・令和 . .			
7.		歳	男・女	昭和・平成・令和 . .			

・来院理由は何ですか？（主訴）
むし歯がある 痛みがある 歯並び 歯や口のケガ 予防処置（歯磨き指導、フッ素塗布）
精査・相談 その他（ _____ ）

・今までに歯科医院を受診したことはありますか？
いいえ
はい（歯科医院名： _____ 処置： _____ 麻酔の経験：あり・なし _____ ）

・今までに大きな病気にかかったことや入院、手術を受けたことがありますか？
いいえ
はい（時期： _____ 歳ごろ 病名： _____ 治療医院名： _____ ）

・かかりつけの内科・小児科を教えてください（病院名： _____ ）

・現在の健康状態はいかがですか？
健康
具合が悪い（部位・症状： _____ ）
服薬中（薬品名・何の薬か： _____ ）

・アレルギーがありますか？
いいえ
はい：
食品（いつ頃 _____ 症状 _____ ）
薬品（いつ頃 _____ 症状 _____ ）
当院では以下のものを使用する可能性があります。アレルギーがあればチェックしてください。
ゴム製品 各種消毒薬：アルコール・ヨードホルム 金属類（ _____ ）

・現在、本人やご家族で感染症にかかっている、もしくは疑いがありますか？
はい（B型肝炎 / C型肝炎 / HIV / その他）
いいえ

・当院をどのようにお知りになりましたか
知人からの紹介（紹介者： _____ ）
インターネット検索 広告 近所・通りがかり 他院からの紹介 家族から紹介

【お子さまについて教えてください】

- ・初めて歯が生えたのはいつですか

まだ

（ ）か月ごろ

わからない・忘れた

- ・発達面について以下の診断がついていますか

なし

精神遅滞

注意欠陥・多動性障がい

広汎性発達障がい（自閉スペクトラム症・アスペルガー症候群）

学習障がい

- ・授乳形態について

母乳

混合

人工乳

- ・授乳状況について

授乳中

離乳（いつ頃：

）

- ・哺乳瓶の使用について

授乳中のみ使用した

離乳後も使用した（主な内容物：

いつ頃まで：

歳

か月ごろ）

- ・日中、メインで養育されている方はどなたですか

父

母

祖父母

保育園・託児所

その他（

）

- ・何か癖がありますか？

なし

唇を吸う、噛む

指を吸う

爪を噛む

舌で前歯を押そうとする

口が開いている

うつ伏せ寝

その他（

）

わからない

- ・お子様について担当医が知っておいた方がよいと思われることがあればお書き下さい。

なし

吐きやすい

ひきつけをおこしやすい

味に敏感

こだわりが強い

大きな音に敏感

その他（

）

【治療方針について】

- ・当院では必要な歯の治療と予防処置をすべて行なっていく予定ですが、よろしいですか。

はい

痛い歯だけ

治療のみ

相談して決めたい

- ・当院では治療において基本的にご本人の性格や協力度を診断し、ご本人に合ったペースで進めていきます。しかし、やむを得ず以下の方法をとる場合がありますが、ご了承いただけますか。

- ・突然動いたりすると危険なので、お顔やお身体を持たせていただくことがあります。

- ・外傷等で緊急性が高い処置が必要かつ、ご本人の協力がいただけない場合に保護者様に説明同意を得た上で身体抑制具を使用する可能性があります。

はい

いいえ（具体的な希望：

【気になること、相談したいことがあれば自由に記入してください】