予診票

フリガナ		保護者名	
氏名			
生年月日	平成　　年　　月　　日		歳　　ヶ月
住所			
電話番号		愛称	

＊該当するものに○をつけてください。

1．本日ご来院の理由は何ですか？

①痛い歯がある　②穴があいている歯や黒くなっている歯がある
③歯並びが気になる　④乳歯が抜けない　⑤むし歯があるかみてほしい
⑥フッ素を塗ってほしい
その他【　　】

2．今までに病気になったことはありますか

なし　あり（病名：　　時期：　　歳の頃）

3．現在ほかの病院にかかっていますか

なし　あり（病名：　　）

4．現在服用中の薬はありますか

なし　あり（薬名：　　）

5．薬や食べ物でアレルギーはありますか

なし　あり（　　）

6．今までに歯の治療を受けたことがありますか

なし　あり（　当医院　　他の医院　）

その時、治療はできましたか

泣かずにできた　泣いたができた　嫌がってできなかった

7．歯磨きはいつしていますか

起床後・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前　その他（　　）

8．何かくせはありますか

なし
あり　爪を噛む　指をしゃぶる　歯ぎしりをする　くちびるを噛む
ぼーっとしている時に口を開けている

9．お子様はどんな性格ですか

神経質　のんびりしている　人見知りをする　恐怖心が強い
泣き虫　落ち着きがない　その他（　　）

１０．当院ではお子様向けの定期的な健診に力をいれています。希望されますか

希望する　希望しない　説明を聞いてみたい

＊何かご希望がありましたらお書きください