予　診　表

15才まで　小児用

初診　　年　　月　　日

ふりがな 氏　名	男 女	昭・平 年　　月　　日生	自宅TEL 携帯TEL
住　所	〒		学校名 E-mail

来院された理由	□歯が痛い	□歯ぐきが痛い
	□つめ物、冠が外れた	□検診
	□歯並びの相談	□学校検診のため
	□乳歯を抜いて欲しい	□予防（フッ素、シーランド）
	□その他（　　）	

歯科にかかったことがありますか	□今まで全然ない		
	□ある	□いつ頃（　　年　　月頃）	
		□どこで（　　）	
		□どこの部位（右上／右下／左上／左下）	
歯科治療時に異常はありませんでしたか	□ない	□麻酔時の異常	□血が止まりにくい
		□その他（　　）	
歯を抜いたことは	□ない	□ある	
歯の治療は	□平気	□いくらかこわい	□こわい
歯をみがいてますか	□自分でできる	□ご両親が手伝ってできる	□できない

薬は飲んでいますか	□いない	□いる（病名　　）	
アレルギーがありますか	□ない	□麻酔時の異常	□血が止まりにくい
		□その他（　　）	
かかりつけの内科医	医院名　：	TEL	

治療に対する希望は	□悪いところの説明を聞き治療したい	□歯科ドック、検診を希望する	
	□歯のクリーニングを希望する	□その他（　　）	
フッ素やシーランドなど予防処置は希望しますか	□する	□しない	□説明をして欲しい
治療を嫌がって泣いたり暴れたりした場合	□治療を続ける	□治療を中止する	□場合によって判断する
治療期間の制限は	□ない	□ある（　　年　　月　　日まで）	
当院をお知りになったのは	□広告	□看板	□電話帳　□本・雑誌
	□紹介（紹介者　　様）	□その他（　　）	