

# お子さまの予診表

記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 記入者 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

より良い治療をお受けいただくために、現在のお子様の健康状態をおたずねします。できるだけ正確にお答えください。ご記入いただいた内容の秘密は厳守いたします。

(ふりがな) お名前	男・女	生年月日 平成 年 月 日 生まれ 歳 ヶ月
ご住所 〒	TEL.	
保護者	ご連絡先	
学校（保育園・幼稚園）名		

## ■本日来院されたのは

- 歯がいたい      痛くないが虫歯がある      歯ぐきがはれている  
お口の検診      フッ素を塗ってほしい      その他( )

## ■今までに歯医者にかかったことはありますか？

- はい      いいえ

## ■そのとき、お子さんの様子は？

- 嫌がらなかった      嫌がったが治療はさせた      治療させなかった

## ■今までに大きな病気にかかったことがありますか？

- いいえ      はい（病名： \_\_\_\_\_ いつ頃： 歳 カ月）

## ■現在他のお医者さんにかかっていますか？

- いいえ      はい（病名： \_\_\_\_\_ 薬名 \_\_\_\_\_ ）

## ■お子さんの体質について

- アレルギーがある（アトピー 食べ物 お薬 その他 \_\_\_\_\_ ） ぜんそく  
けがなどのとき出血しやすい  
その他注意してほしい全身状態（ \_\_\_\_\_ ）

## ■当医院を何でお知りになりましたか？

- 住居に近いから      広告を見て      知人の紹介やすすめ（紹介者 \_\_\_\_\_ ）  
他医院からの紹介      ホームページを見て      その他( )

## ■ムシ歯の予防処置を

- 希望する      希望しない

## ■その他お子さんのことで知っておいてほしいことや、私達に希望することがあればお書き下さい。

( \_\_\_\_\_ )

## ■お子さんの歯をムシ歯や歯周病から守るには、早期発見早期治療が大切です。当医院ではそのために、ご希望の患者さんには定期的な健診システム(リコール)を行っています。

- リコールを希望する      リコールを希望しない

ふじたか歯科クリニック