

印刷してぜひ書いて
よやくしてある日に持ってクマ



予診票

乳児・幼児・小児（12歳まで）

患者様にとって、よりよい治療を受けて頂くために参考にさせていただくものです。
プライバシーを守り、患者様のカルテと一緒に保管します。

ご記入日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日 (歳)
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の子
ご住所	〒	自宅電話	
		携帯電話	
保護者氏名		E-Mail	
家族構成	人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母		
こちらから連絡しても良い連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話	希望時間帯	午前 ・ 午後 時頃 曜日

1. 伝馬歯科・矯正歯科へご紹介者を通じて来院された方はご紹介者の・お名前・ご関係をご記入下さい。

・ご紹介者お名前

・ご紹介者とあなたの関係

2. 伝馬歯科・矯正歯科を知ったきっかけを教えてください。*複数回答可

家族が通院している ホームページ Facebook 看板 その他 ()

・ご家族のお名前

3. お子さまの受診目的をできるだけ詳しくご記入下さい。

例：ホームページの乳児の記事を読んだ。

4. 出生時の情報をご記入下さい。 *骨格診断時の参考とさせていただきます。重要な内容ですので出来るだけご記入のご協力をお願い致します。

*分娩方法

自然分娩（麻酔無）

自然分娩（麻酔有）

帝王切開

その他 ()

*生まれた時の状況

例：黄疸が出ており○日間保育器に入っていた 等。

*授乳法（状況）

例：母乳のみ 2歳まで。

5. お子様(のお口)に対して、どのように成長して欲しいとお考えですか？

例：子供には口の問題で不自由な思いをさせたくない。しっかり食べられるようにしたい。

裏面のご記入もお願い致します。

現在、ほかの病院に通院していますか？（はいの方は、病院名と医科・歯科、すべてご記入下さい）

いいえ はい（病院名： _____ ）

治療中、もしくはこれまでにかかった病気がありましたら、病名と現状を教えてください。

お薬を服用中の方は、薬品名（市販薬等を含む）を教えてください。

ご家族（ご両親・祖父・祖母）の中で、次の病気をお持ちでしたら教えてください。（遺伝要因の確認）

糖尿病 心疾患 脳血管疾患 その他 気になる病気（ _____ ）

保育園・幼稚園などに通っていますか？

まだ行ってない 保育園に通っている 幼稚園に通っている 小学校に通っている

現在の歯磨き状況は、次のうちどれですか？（ご家族が手伝ってあげる場合も含みます）

1日に2回以上、寝る前には必ず歯を磨く 1日に1回は、歯を磨く
 ほとんど歯磨きをしない フッ素やキシリトールなど、歯の予防グッズを使っている

今までの歯の治療について教えてください。

歯医者にかかったことがある はい / いいえ

⇒ 上記で「はい」とお答えになった方にお聞きます。

治療の際、泣かずに治療できた はい / いいえ

麻酔をしたことがある はい / いいえ

麻酔をした後、異常があった はい / いいえ

以下で、当てはまることはありますか？（はいの方は、カッコ内に具体的な内容をお書きください）

薬のアレルギーがある はい / いいえ（ _____ ）

食べ物のアレルギーがある はい / いいえ（ _____ ）

その他アレルギーがある はい / いいえ（ _____ ）

心臓のペースメーカーを使用している はい / いいえ（ _____ ）

診察に対して、ご希望やご要望がございましたら遠慮なくご記入ください。

これからの治療に役立ててまいります。ご協力ありがとうございました。

授乳中、食事中的状態や普段のお子さまの癖（頬杖をつく、就寝中の体位、いびき等）があれば、動画や写真にて記録していただき、受診の際にお持ちください。