

はじめに
お読み
ください

当院はこどもにむし歯を作らせないための歯医者です。
その実現のためには、ご家族みなさまのご協力が必要です。
当院を受診される場合は、以下の項目に同意していただく必要があります。

- ① こどもの“むし歯ゼロ”を目指すためにできる範囲で協力します。
定期的なメンテナンスを受けます。(通常3か月に1回)
- ② 当院に通うすべての方のために、予約時間を守ります。
- ③ 4歳以下のこどもは、午前中に診察を受けます。

同意します 同意しません



ご記入日 年 月 日

※必ずどちらかにをお付けください※

ふりがな お名前 (男・女) 生年月日: 西暦 年 月 日 (歳 ヶ月) ご住所: 〒 _____ ご連絡先: 携帯 _____ (保護者・本人) ご自宅 () _____	ご予約希望日に○をつけてください ●0~4歳の方 (午前中のみのご予約です) 月() 火() 水() 金() 土() ●5歳以上の方 月: 午前中() 14:00~() 15:00~() 16:00以降() 火: 午前中() 14:00~() 15:00~() 16:00以降() 水: 午前中() 14:00~() 15:00~() 16:00以降() 金: 午前中() 14:00~() 15:00~() 16:00以降() 土: 9:00~13:00() 13:00~15:30()
<input type="checkbox"/> 予約日をメール(SMS)でお届けします <input type="checkbox"/> 配信を希望します 携帯番号(_____) <input type="checkbox"/>	
当院をお知りになったのは?	<input type="checkbox"/> 家族が通院中() 様 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介() 様 <input type="checkbox"/> ホームページ・・・検索ワード _____ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介() 医院) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他()
兄弟はいますか?	<input type="checkbox"/> 兄・姉(人) <input type="checkbox"/> 弟・妹(人) <input type="checkbox"/> ひとりっ子
どうされましたか?	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯をぶつけた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 集団検診で受診を勧められた <input type="checkbox"/> その他()
現在、痛むところがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 今日から・昨夜から・()日前から
歯科に行かれたことはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ アンケート用紙にご記入ください。
アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ()
今、飲んでいるお薬は?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ お薬手帳をご提示ください。
次の病気はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・あった ⇒ 心臓疾患・肝臓疾患・腎臓病・ぜんそく 鼻炎・てんかん・その他()
入院や手術の経験はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ()歳のとき(病名:)

大切なご案内

治療が必要なときは、こどもが自らすすんで治療を受けられるようにするため
治療までに回数が必要になる場合があります。
まずは、お口の中を精査して今後の計画を立ててから、治療をしていきます。
そのため、本日は治療を致しません。
応急処置はいたしますので、ご安心ください。



診察を上手にするためのアンケート

以前歯科を受けたことがある方のみご記入ください

前回行った歯科医院はどこですか？	
転院理由は何ですか？ (当てはまるものすべてに チェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 泣いてできない <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 治療に不満 <input type="checkbox"/> 説明不足 <input type="checkbox"/> その他()
診療イスに寝転んで上手に診療を受けることができましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
むし歯治療はしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最後のむし歯治療はいつですか？	
その時は上手に出来ましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
歯科で麻酔をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1年以内に歯科で泣いたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
当院を選んだ理由は何ですか？ (当てはまるものすべてに チェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> むし歯予防をしたいから <input type="checkbox"/> 説明をきちんとしてくれるから <input type="checkbox"/> 院内が明るく楽しそうだから <input type="checkbox"/> 家から近いから <input type="checkbox"/> こどもが泣かずに出来るから <input type="checkbox"/> お友達からおすすめされたから <input type="checkbox"/> その他()
むし歯治療でご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	どんなことですか？

大切なご案内

治療が必要なときは、こどもが自らすすんで治療を受けられるようにするため、

治療まで回数が必要になる場合があります。

まずは、お口の中を精査して、今後の計画を立ててから治療していきます。

そのため、本日は治療は致しません。

応急処置はさせていただきますので、ご安心ください。