

小児歯科診療申込書

No. _____

平成 年 月 日

ふりがな				昭和 平成	年	月	日生	満	才	ヶ月	
患者氏名	男			愛称							
	女									ちゃん くん	
保護者氏名				続柄		職業					
住所	〒			TEL ()			-				
通院方法				お子様の通っている幼稚園名(または保育園、学校名)							
ご紹介者				様							

- 今日はどのような理由で来院されましたか
 - 現在、痛んだり、腫れている所がある。 (どこが)
 - 今までに、痛んだり、腫れたりしたことがある。 (どこが)
 - まだ痛んだことはないが、治療してほしい。
 - 歯並びに問題がある。 (どこが、どのように)
 - 検診、予防処置など口腔管理してほしい。
- お子様は、いままでに歯の治療をうけたことがありますか
なし あり (才頃) 治療内容 ()
- その時、どのようにふるまいましたか
協力的であった いやがった 泣いた あばれた
・「あばれた」と答えられた方は、その時抑え付けて治療をしましたか
(はい、いいえ、わからない)
- お子様は何かくせがありますか、 印をおつけください
なし あり :爪をかむ、指しゃぶり、歯ぎしり、唇を吸う、唇をかむ
口をいつも開けている、タオル・毛布などをくわえる
その他()
- お子様は、今までに重い病気になられたことがありますか
なし あり (病名 _____、年齢 才の時)
- お子様は、特に飲んではいけないと注意された薬がありますか
なし あり (薬名)
- お子様が泣かれたり、暴れたりなさったらどうしますか
治療をやめて欲しい 治療を続けて欲しい
- お子様の治療について、次の項からご希望のものに をおつけください
 - いま痛んでいる歯だけ治療して欲しい
 - 虫歯の治療だけをして欲しい
 - 虫歯の治療だけでなく、歯の健康管理もやってほしい
- 治療費について
 - 健康保険の範囲内でよい
 - よい方法があれば相談した上で決めたい
(フッ素塗布、歯並びの矯正などは保険がききません)

その他治療を行う上で、必要なことがありましたらお書きください。

()



はやかわ歯科医院