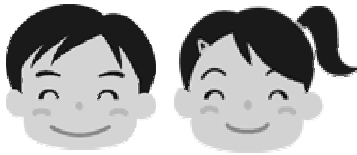


お子様用



予 診 表

平成 年 月 日

ふりがな お名前	愛称 ちゃん	生年月日 平成 年 月 日 ()歳()ヶ月	性別 男 ・ 女
ご住所 〒		連絡先 自宅 () 携帯 () 会社 () e-mail @	
当院は何で知られましたか？	<input type="checkbox"/> 医院の建物・看板を見て(通りがかり) <input type="checkbox"/> 電話帳などを見て <input type="checkbox"/> 医院のホームページを見て <input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者: 様)		

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> 検査して欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい(歯並びが悪いので相談したい) <input type="checkbox"/> フッ素(虫歯予防剤)を塗って欲しい <input type="checkbox"/> その他()
現在の健康状態は？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他()
今までに歯科治療を受けたことは？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	・「ある」方にお聞きます。その時の様子はどうでしたか？(幾つでも) <input type="checkbox"/> 大人しかった <input type="checkbox"/> 嫌がった <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 暴れた <input type="checkbox"/> 押さえつけられて何とか治療した <input type="checkbox"/> どうしようもなく治療を中止した <input type="checkbox"/> その他()
泣いたり暴れたりした場合は？	<input type="checkbox"/> 治療を中止して欲しい <input type="checkbox"/> 押さえつけてでも治療して欲しい <input type="checkbox"/> その他()
今までに麻酔(注射)を用いての 治療を経験したことは？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	・「ある」方にお聞きます。その時の様子はどうでしたか(幾つでも)？ <input type="checkbox"/> 異常はなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> その他()
お子様は痛がっていますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	【痛みのあるお子様】 ・いつ頃からですか？ ()日前 ()ヶ月 その他() ・どのような痛みですか？(お分かりになる範囲で結構です) <input type="checkbox"/> 激しく痛い <input type="checkbox"/> 嚙むと痛い <input type="checkbox"/> 何もしなくても痛い <input type="checkbox"/> しみる(熱いもの・冷たいもの)
お子様のクセは？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	【ある方】 <input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> 指をしゃぶる <input type="checkbox"/> 歯ぎしりをする <input type="checkbox"/> くちびるをかむ <input type="checkbox"/> その他()
今までにかかった病気は？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	【ある方】 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 小児喘息 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> その他()
現在、内科等他科の医院に通院 されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	【“はい”の方】 ・病院名() ・科目名(科)
現在(または最近まで)服用して いる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	【ある方】 ・薬名() ・いつから(年 月頃)
副作用の出た薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	【ある方】 ・薬名() ・症状()
この機会に…	<input type="checkbox"/> 気になるところだけ診てほしい(痛がっているところだけ治療してほしい) <input type="checkbox"/> 全体的に診てほしい(悪いところは全部治療してほしい) <input type="checkbox"/> 全体的に診てほしいし、予防・メンテナンスの方法も知りたい
治療についてのご希望は…？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> とにかく、子供にあった最善の治療方法を提案してほしい <input type="checkbox"/> 費用は少ない方が良いが、検討はするので最善の提案をしてほしい <input type="checkbox"/> とにかく、費用が少ない治療方法を選んでほしい
その他何かございましたら何でも お書き下さい(お子様の歯のご相談 でも結構です)。	