

受診申込書（小児用）

平成 年 月 日

患者名 _____ 男・女

生年月日 平成 年 月 日 満 才 ヶ月

住所 〒 _____

電話 (_____) _____

次の質問は治療の参考以外に使用しませんので、できるだけ詳しくお答え下さい。

1. 今までに歯の治療を受けた事がありますか。

ない ・ ある (才頃)

2. 質問1.で「ある」と答えた方

その時治療をやらせましたか。

- * いやがらずにやらせた
- * いやがったが治療はやらせた
- * 泣いたりあばれたりして治療できなかった

3. 歯を磨きますか。

- * 自分で磨く
- * 親や家族が磨いてやる
- * 自分で磨いた後で親や家族が仕上げ磨きをする
- * 磨かない

4. 慢性の病気やアレルギーがありますか。

ない ・ ある (_____)

5. 現在、病気でお医者様にかかっていますか。

いない ・ いる (病名: _____ 病院名: _____)

6. 出血が止まりにくい事がありますか。 ない ・ ある

7. 歯科で麻酔をした事がありますか。 ない ・ ある (回位)

8. 今回の治療は (痛い歯のみでよい ・ 悪い歯は全て治したい)

9. お子様の愛称があればご記入下さい。 _____

記入者氏名 _____

患者との続柄 _____

さとう歯科クリニック

TEL: 0256-62-4422