

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。
当院を受診されるにあたり、2点ご了承いただきたいことがあります。

- 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、定期的なメンテナンスを受けます。
- ② 当院に通うすべての方のために、予約時間を守ります。

□了承しました



ご記入日 年 月 日

No.

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	()	-
園・学校名			

当院をお知りになったのは？	☐ 家族が通院中 (様) ☐ 知人からの紹介 (様) ☐ ホームページ・・・検索ワード ☐ 他院からの紹介 (医院) ☐ 近くだから ☐ その他 ()
兄弟はいますか？	☐ 兄・姉 (人) ☐ 弟・妹 (人) ☐ ひとりっ子
どうされましたか？	☐ 検診 ☐ フッ素塗布 ☐ むし歯 ☐ 歯をぶつけた ☐ 歯並びが気になる ☐ 集団検診で受診を勧められた ☐ その他 ()
現在、痛むところがありますか？	☐ ない ☐ 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？	☐ ない ☐ わからない ☐ 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？	☐ ない ☐ わからない ☐ ある ⇒ ()
今、飲んでいるお薬は？	☐ ない ☐ わからない ☐ ある ⇒ お薬手帳をご提示ください。
次の病気はありますか？	☐ ない ☐ 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 ()
その他治療を行っていくにあたり質問やご希望がありましたらお書きください。	

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。



No. _____

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）	☐ 泣いてできない ☐ 怖がり ☐ 治療に不満 ☐ 説明不足 ☐ 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？	☐ はい	☐ いいえ
むし歯治療はしたことがありますか？	☐ はい	☐ 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？	☐ はい	☐ いいえ
歯科で麻酔をしたことがありますか？	☐ はい	☐ いいえ
1年以内に歯科で泣いたことがありますか？	☐ はい	☐ 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）	☐ むし歯予防をしたいから ☐ 説明をきちんとしてくれるから ☐ 院内が明るく楽しそうだから ☐ 家から近いから ☐ こどもが泣かずに出来るから ☐ お友達からおすすめされたから ☐ その他（ ）	
むし歯治療でご希望はありますか？	☐ はい	☐ 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。