

保護者の方へ (診 療 申 込 書)

記入日 平成 年 月 日

ふりがな				
名前	男・女	生年月日	平成	年 月 日
住所	〒	TEL	()	
学校名	保育園・幼稚園・小学校			

① 本日来院された理由は？

【今一番お困りなことは】

どこが	<input type="checkbox"/> 右上の奥歯	<input type="checkbox"/> 上の前歯	<input type="checkbox"/> 左上の奥歯	<input type="checkbox"/> 上の
	<input type="checkbox"/> 右下の奥歯	<input type="checkbox"/> 下の前歯	<input type="checkbox"/> 左下の奥歯	<input type="checkbox"/> 下の
	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 冠・詰め物	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> その他
いつ頃から	<input type="checkbox"/> 1週間前	<input type="checkbox"/> 2-3日前	<input type="checkbox"/> 昨日	<input type="checkbox"/> 今日
どうされましたか	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 欠けた	<input type="checkbox"/> 腫れた	<input type="checkbox"/> その他

【気になる項目もありましたら選んで下さい】

<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい	<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 冠・詰め物がとれた
<input type="checkbox"/> 乳歯がぐらぐらする	<input type="checkbox"/> 歯並びが気になる	<input type="checkbox"/> 永久歯の生えかわり気になる
<input type="checkbox"/> 定期検診をしたい	<input type="checkbox"/> フッ素を塗りたい	
<input type="checkbox"/> その他		

② 生活習慣

【お口のお手入れについて】 歯磨きをする時は 起床後 食後 (朝・昼・夕) 就寝前
 1回の時間は 分くらい

歯ブラシ以外の清掃用品は フロス 歯間ブラシ その他

【睡眠時間】 約 時間 (良好 普通 不良)

【食生活習慣について】 習慣的飲料物 なし あり
 間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

③ 既往歴

【現在、通院していますか】 いいえ はい (病院名 病名)

【いつも飲んでいるお薬は】 なし あり

【薬物アレルギーは】 なし あり

【その他のアレルギーは】 なし あり

④ 歯科既往歴

【歯科での麻酔経験は】 なし 不明 あり (そのとき異常は なし あり)

【抜歯の経験は】 なし 不明 あり (そのとき異常は なし あり)

⑤ ひろはしハートフル歯科をどちらでお知りになりましたか？

紹介 <紹介者: > 看板 買い物に来て 電話帳

インターネット まんまる新聞 その他

「ひろはしハートフル歯科」のホームページをご覧になったことがありますか？ < はい・いいえ >

⑥ 来院しやすい時間・曜日を教えてください

いつでもよい

都合のよい時間帯がある ・時間帯 午前・午後 ~ ・曜日 日・月・火・水・金・土

⑦ その他、治療に関しての希望や注意して欲しいこと、疑問な点がありましたら記入して下さい

ご記入ありがとうございます ひろはしハートフル歯科 院長 廣橋 賢