

より良い治療を進めるための大切な資料となります。できる限りすべての質問にお答えください。

フリガナ	男 ・ 女	昭和・平成・令和
お名前		年 月 日生 (才)
〒 ご住所		電話 番号

■本日はどうなさいましたか？

場所

右耳



左耳

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 右上 | <input type="checkbox"/> 上前歯 | <input type="checkbox"/> 左上 |
| <input type="checkbox"/> 右下 | <input type="checkbox"/> 下前歯 | <input type="checkbox"/> 左下 |

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯がいたい・しみる | <input type="checkbox"/> 口内炎 |
| <input type="checkbox"/> とれた・欠けた | <input type="checkbox"/> 虫歯を指摘された |
| <input type="checkbox"/> 腫れた | <input type="checkbox"/> 歯石が気になる |
| <input type="checkbox"/> 歯がグラグラ | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる |
| <input type="checkbox"/> 大人の歯が生えてきた | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 歯ぎしり・顎の痛み | () |

■いままでに歯の治療を受けたことがありますか？

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 初めての治療 | <input type="checkbox"/> 受けたことがある |
| 治療に協力的でしたか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 泣いた・暴れた |
| 口の中に注射をしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 他科（小児科・耳鼻科等）ではどうですか？ | <input type="checkbox"/> 協力的 <input type="checkbox"/> 泣いた・暴れた |

■興味をもっているものがあれば教えてください（キャラクター、TV番組など）

■治療に関して希望や知っておいてほしいことがあれば教えてください

■検診のご案内 治療終了後（半年）封書を郵送します
ご希望無い場合はxをある場合は○を付けてください

■次のうち今までに診断のついたことのある病気はありますか

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> けいれん | <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> 発達障害 | <input type="checkbox"/> てんかん | () |

■現在通院している病院はありますか

- いいえ はい 病院名 _____ 医師名 _____ 先生 病名 _____

■現在 飲んでいる薬はありますか？

- いいえ はい 薬名 _____ ※お薬手帳をお持ちの方は提示してください

■アレルギーはありますか？

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 薬 (薬名) _____ | <input type="checkbox"/> 金属 |
| <input type="checkbox"/> 食品 (食品名) _____ | <input type="checkbox"/> ゴム (ラテックス) |
| | <input type="checkbox"/> その他 () |

治療について

全身について