

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

歯がいたい・しみる  
 とれた・欠けた  
 腫れた  
 歯がグラグラ  
 大人の歯が生えてきた  
 歯ぎしり・顎の痛み

口内炎  
 虫歯を指摘された  
 歯石が気になる  
 歯並びが気になる  
 その他 ( )

■いままでに歯の治療を受けたことがありますか？

初めての治療  受けたことがある

治療に協力的でしたか？  はい  泣いた・暴れた

口の中に注射をしたことがありますか？  はい  いいえ

他科（小児科・耳鼻科等）ではどうですか？  協力的  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

なし  けいれん  ぜんそく  その他 ( )  
 心臓疾患  発達障害  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？

いいえ  薬 (薬名) \_\_\_\_\_  金属  
 食品 (食品名) \_\_\_\_\_  ゴム (ラテックス)  
 その他 ( )

治療について

全身について