



# 予 診 票

年 月 日

フリガナ

患者氏名：

住所：〒 -

緊急連絡先：

幼稚園・保育園・学校・通所先：

性別：  男  女 / 年齢： 才 月 / 身長： cm / 体重： kg

## ◎ 歯科治療にあたってお尋ねします。

- 今回受診された理由を教えてください ( )
- 歯科治療を受けたことがありますか  はい  いいえ

## ◎ 上記の設問で「はい」とお答えの方にお尋ねします。

- 最後に受診したのはいつですか? ( 才頃 )
- 歯科での麻酔経験はありますか?  ある  ない
- 最後に治療した時はどのような様子でしたか?  
 上手にできた  泣いて嫌がったができた  暴れてできなかった  その他 ( )
- 今回の受診に対してどのような様子ですか?  
 非常に怖がっている  やや怖がっている  あまり気にしていない
- 泣くなどで治療が円滑に進まない場合、どの様な対応を希望しますか  
 抑えてでも続けて欲しい  慣らしながら治療をして欲しい  治療をやめて欲しい  
 その他 ( )
- どこまでの治療を希望されますか?  
 悪いところは話を聞いた上で全部治したい  痛がっている歯のみで良い  定期的なお口の中の健康管理をして欲しい

## ◎ お体の事についてお尋ねします。

- 発達や情緒面でご心配なことはありますか?  ある ( )  ない
- 今までにかかった病気はありますか?  ある ( )  ない
- 現在通院中の病院はありますか? \* 病院名と担当医もご記入をお願いします。  ある ( )  ない
- 現在飲んでいるお薬はありますか?  ある  ない
- アレルギーはありますか?  
 薬 ( )  食物 ( )  金属 ( )  
 ゴム ( )  その他 ( )
- \* アレルギーがある場合、症状にチェックをしてください。  かゆみ  発赤  呼吸困難

