診療申込書

令和　　年　　月　　日

ふりがな
氏　名　　男　女

生年月日　平成・令和　　年　　月　　日生まれ　　年齢　　才

現住所　〒

電話　自宅　　FAX

お母さんの携帯　　E-メール

保育園、幼稚園、学校名　　組

あなたの診察のために活用します。ご協力お願いします。

＊　当てはまるところにチェックしてください。

山本歯科医院にお見えになったのは	□ はじめて　□ ご家族、お友達が来ている □ 前に来たことがある
どうなさいましたか	□ 痛んだり、しみる歯がある □ 穴があいていたり、つめ物がとれた歯がある □ 歯ぐきにハレ物がある □ 歯の間に物がつまる　□ 歯並びが気になる □ 歯磨きのとき出血する　□ 歯が汚れている □ グラグラする歯がある　□ フッ素をしたい □ ころんだりして、歯などをぶつけた □ 学校等で健診の用紙をもらった □ 検査をしてほしい
その他気になっていることはありますか	□ ない □ ある　（　　） （　　） （　　）
こまっているのはどこですか	右上　前上　左上 右下　前下　左下
一日何回歯磨きをしますか	本人が　　回　親が　　回
仕上げ磨きはしていますか	□ 毎日している □ 時々している　（　　日に　　回） □ していない
おやつや、間食にはどんなものを食べさせていますか	□ あめ　□ グミ　□ ガム　□ チョコ　□ 果物 □ せんべい　□ クッキー □ ヨーグルト　□ 乳酸飲料 □ ジュース　□ 炭酸飲料　□ ポカリ □ その他
おやつの時間は決めてますか	□ いいえ □ はい　（　　時頃）
何か癖はありますか	□ 指しゃぶり　□ 唇をかむ　□ 爪かみ □ 歯ぎしりをする　□ タオルなどをくわえる □ いつまでも食べ物を口にいれている
その他特別なことはありますか	□ ない □ ある　（　　） （　　） （　　）

同居しているご家族を 教えてください	□ 祖父　□ 父　□ 叔父　□ 兄（　　才） □ 祖母　□ 母　□ 叔母　□ 姉（　　才） □ その他　□ 弟（　　才） □ 妹（　　才）
今まで歯の治療をしたとき 何か異常がありましたか	□ ない □ 注射をして異常があった □ 歯を抜いて血がとまらなかった □ 貧血をおこした □ 痛みがつづいた □ 熱がでた
アレルギーはありますか	□ ない　□ 喘息がある □ 金属　□ 薬でジンマシンができる □ 花粉症　薬の名前（　　） □ 牛乳　□ その他（　　） □ 卵　（　　）
現在のお身体の調子は	□ 健康である　□ 体調が悪い（風邪、疲労など）
現在または以前に右記の 病気にかかった事は	□ 心臓　□ 腎臓　□ 血液疾患 □ 肝臓　（B型、C型、その他） □ 糖尿　□ インシュリンを使用している □ その他（　　）
何かお薬を飲んでますか	□ 飲んでない　□ 飲んでいる 薬品名　（　　） （　　）
人工透析を受けている	□ いいえ　□ はい
ご家族で上記のような 病気の方はいますか	□ いない　□ いる 病名　（　　）
診療についてのご希望は	□ お口全般的に診てほしい □ お口の成長や歯並びも診てほしい □ 今気になっているところだけ治したい
その他ご希望があれば 教えてください	□ ない □ ある　（　　） （　　） （　　）
当院を何で知りましたか？	□ インターネット　□ 看板 □ タウンページ　□ 紹介
既に当院の患者様となっている ご家族を教えてください お名前も教えてください 同居してないご家族も 教えてください	□ いない　□ 祖父　□ 父　□ 兄弟 □ 祖母　□ 母　□ 姉妹 お名前　（　　） （　　） （　　）
ご紹介者がいるときは 教えてください	□ いない □ ある　（　　） （　　） （　　）