



お口の健康管理のために(お子さま用)

※保護者の方が記入してください

来院日: 年 月 日

ふりがな		男・女	ふりがな	
お名前			保護者氏名	
住所	〒			
生年月日	平成・令和 年 月 日 才			
紹介者		電話番号	こちらから連絡する場合がございます。連絡が付きやすい番号をご記入下さい。	

★どうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてもらいたい 歯が痛い・しみる 検診を受けたい
入れ歯さし歯を入れたい 詰め物がとれた 歯肉がはれた・痛い 歯の清掃をしたい
その他 ()

★いつから痛みますか？

- 現在痛みはない 今日 昨日から 時々 ()日くらい前から ずっと前から

★歯の治療は初めてですか？

- 初めて 経験がある

★麻酔をしたことがありますか？

- 初めて 経験がある

★麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありませんか？(気分が悪くなる、貧血、出血など)

- ない ある()

★薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない ある(原因 症状)

★現在薬を飲んでいますか？

- 飲んでいない 飲んでいる(薬名)

★現在または過去に病気をしたことがありますか？(喘息・アトピー・心臓・肺・胃腸・脳神経疾患など)

- ない ある()

★本日の健康状態はいかがですか？

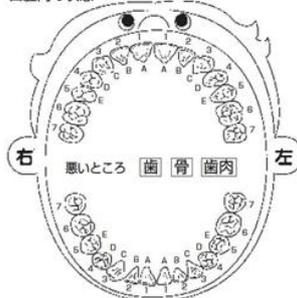
- 健康 風邪気味 熱がある その他()

★当院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 インターネット 通りがかり パンフレット・チラシ 電話帳
その他()

- ☆歯・歯肉の状態・検査結果
 歯肉炎 あり・なし
 虫歯 あり・なし
 ☆治療予定
虫歯の治療 歯肉炎の治療
義歯またはブリッジ その他
 ☆治療期間
 ()週()回で約()ヶ月程度
 ☆カウセリングを希望しますか？
 はい・いいえ
 上記の説明を受けました
 (患者さんチェック欄)

口腔内の状態



[保健医療機関名]

医療法人社団 緑相会
エムズ歯科コピオ

[担当歯科医氏名]

[担当歯科衛生士]