

受診申込書（こども用） 初診 年 月 日 No.

お名前		男・女	生年月日 年 月 日
ご住所		電 話	
学校名		ニックネーム	ご紹介者

どうなさいましたか？

はい・いいえ でお答えください。

1. 歯が痛い(かむと痛い。しみる)はぐきが痛い	はい	いいえ
2. 痛くないが虫歯がある	はい	いいえ
3. 歯がぐらぐら動く。抜いてほしい	はい	いいえ
4. 治療途中の歯がある。	はい	いいえ
5. つめもの、かぶせ物がとれた	はい	いいえ
6. 歯をきれいにしてほしい	はい	いいえ
7. 歯並びをなおしたい	はい	いいえ
8. 歯の健康相談をしてほしい	はい	いいえ
9. 口の中に何かできている	はい	いいえ
10. あごの関節に不快な症状がある	はい	いいえ
11. 歯をぶつけた 口の中を切った	はい	いいえ
12. 予防措置をしてほしい (フッ素・シーラント)など	はい	いいえ

内科的病気をお持ちですか？

1. ない

2. ある……心臓() 肝臓() 腎臓() 胃腸() 貧血症
高血圧() 糖尿() リウマチ 肝炎 その他()

かかりつけの内科・小児科の医院名 ()

現在飲んでいるお薬はありますか？

1. ない

2. ある……副腎皮質ホルモン() 抗生物質() 痛み止め()
喘息のお薬() 鼻炎のお薬() その他()

特異な体質はありますか？

1. ない

2. ある……薬品(ペニシリン系、ピリン)に蕁麻疹が出た・吐き気が強い・ぜんそくがある
アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・食べ物にアレルギーがある(たまごなど)

いまの体調はどうですか？

1. 特に問題ない 2. 風邪気味だ 3. しんどい

なおすところはどこですか？

1. 悪い歯はできるだけ治したい 2. 今回は希望するところ 3. 相談して決めたい

治療の方法について

1. 保険の範囲内がいい 2. なるべく保険で治したいが、いい方法があれば一部保険外でもいい
3. 自費でもよいから最良の方法で治したい