

# <小児歯科診療申込書>

年 月 日



1. お子様は今までに歯の治療を受けたことがありますか。

はい いいえ

いやがった 泣いた 暴れた

2. お子様は、歯をみがきますか。

はい いいえ

3. 間食には主にどんなものを与えますか。

4. 食べ物に好き嫌いがありますか。

きれいな物

5. お子様は何か癖がありますか。

6. お子様の性格に該当するものに○印をおつけ下さい。

神経質 のんびりしている 恐怖心が強い 我が強い 泣き虫 甘える その他

7. お子様は今までに病気になられたことがありますか。

いいえ はい

8. お子様は現在、他の病気にかかっていますか。

いいえ はい

9. お子様は特異体質ですか。

(A)じんましんがでる (B)ヨードチンキに敏感 (C)アスピリンに敏感  
(D)ペニシリンに敏感 (E)傷をした時、血がとまりにくい (F)その他

10. お子様は治療中泣かれたり暴れたりなさったらどうしますか。

(A)治療をやめてほしい (B)泣いても治療をつづけてほしい

11. お子様の治療について

(A)今痛んでいる歯の治療だけでよい  
(B)泣いても治療をつづけてほしい  
(C)全部のムシ歯を治療後も定期的に検診を受けたい

12. 来院について

(A)1回の治療で、できる限り多くの歯を治療して、来院回数を少なくしてほしい  
(B)来院回数は多くなってよいから、少しずつ治療してほしい

13. 治療上のご希望またはご心配なことがありましたら、お書き下さい。

上記のごとく間違いありません。

記入者名

続柄

ふりがな 氏名	男・女	令和 平成	年	月	日生 ヶ月)
住所	TEL ( ) -				