

はじめに
お読み
ください

当院はこどもにむし歯を作らせないための歯医者です。
その実現のためには、ご家族みなさまのご協力が必要です。
当院を受診される場合は、以下の項目に同意していただく必要があります。



- ①こどもの“むし歯ゼロ”を目指すためにできる範囲で協力します。
定期的なメンテナンスを受けます。(通常4か月に1回)
- ②当院に通うすべての方のために、予約時間を守ります。
- ③3歳以下のこどもは、できるだけ午前中に診察を受けます。(要相談)



同意します 同意しません

※必ずどちらかにをお付けください※

ご記入日 年 月 日

ふりがな お名前	_____ (男・女)	ご連絡先：携帯 _____ - _____	ご自宅 (_____) _____ - _____
生年月日：西暦	年 月 日 (歳 ヶ月)		
ご住所：〒 _____ - _____			
	予約混雑解消のため、LINEにてキャンセル空き情報をお送りする 対策をさせて頂いております。ご登録をお願いします。		

当院をお知りになったのは？	<input type="checkbox"/> 家族が通院中(_____ 様) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(_____ 様) <input type="checkbox"/> ホームページ・・・検索ワード _____ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介(_____ 医院) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他(_____)
兄弟はいますか？	<input type="checkbox"/> 兄・ <input type="checkbox"/> 姉(_____ 人) <input type="checkbox"/> 弟・ <input type="checkbox"/> 妹(_____ 人) <input type="checkbox"/> ひとりっ子
家族来院状況	父・母・兄・姉・弟・妹・来院なし
どうされましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯をぶつけた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 集団検診で受診を勧められた <input type="checkbox"/> その他(_____)
現在、痛むところがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 今日から・昨夜から・(_____)日前から
歯科に行かれたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input checked="" type="checkbox"/> ある ⇒ アンケート用紙にご記入ください。
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (_____)
今、飲んでいるお薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input checked="" type="checkbox"/> ある ⇒ お薬手帳をご提示ください。
次の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・あった⇒ 心臓疾患・肝臓疾患・腎臓病・ぜんそく 鼻炎・てんかん・その他(_____)
フッ素を利用していいですか？	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> フッ素 NG

大切なご案内

治療が必要なときは、こどもが自らすすんで治療を受けられるようにするため
治療までに回数が必要になる場合があります。
まずは、お口の中を精査して今後の計画を立ててから、治療をしていきます。
そのため、本日は治療を致しません。
応急処置はいたしますので、ご安心ください。

