



医療法人愛進会

ゆたに歯科クリニック/エル歯科クリニック千里丘

おこさま もんしんひょう

ふりがな	<input type="checkbox"/> おとこのこ	平成	年	月	日	生まれ(さい)
おなまえ	<input type="checkbox"/> おんなのこ						
愛称 ()	お電話番号						
ご住所 〒 —	ご自宅 — —						
—市—	携帯 — —						
学校名(園名) —	保護者名 —						
以前通院されていた歯科医院名(あれば) —							

下記の質問に○印を付けて下さい。

① どうなさいました？

- 痛いところがある
- 痛くはないが悪いところがある
- 腫れているところがある
- 歯並びの相談をしたい
- 他医院からのご依頼 医院名 ()
- その他 ()

② 体質的に注意する点はありますか？

- じんましんや湿疹ができやすい。 はい いいえ
- 薬の副作用がでたことがある。 はい(薬品名) いいえ
- けがをしたときに血が止まりにくいことがありますか？ はい いいえ
- 特異体質(アレルギーなど)と言われたことがありますか？ はい(何の?) いいえ

③ 特別な病気をしたことがありますか？

- ない ある (時期 病名)

④ 現在、お薬を飲まれていたり、病気にかかっていますか？

- いない いる (お薬名: 病名:)

⑤ 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- お知り合い・ご家族からのご紹介(ご紹介者のお名前: 様)
- 建物(医院外観)を見て知った Eパークサイトで知った 当院ホームページを見て知った
- エキテン フェースブック インスタグラム 看板を見て 以前から知っていた
- その他 ()

⑤-①予約は何で取られましたか？

お電話で予約 Eパークサイトから予約 ホームページから予約 受付で予約

⑥定期的な検診を今後希望されますか？

希望する 希望しない

⑦フッ化物（フッ素）塗布を希望されますか？

フッ素は再石灰化を促します。フッ素塗布は自費で1回540円かかりますが、カムカムクラブ（入会金100円、年会費100円、1年後の更新料100円）にお入りいただくと1年間、フッ素を無料で塗布します。

希望する 希望しない

⑧主訴について・・・いつからですか？

今日初めて （ ）前から ずっと前から 時々

⑨ご家族構成

祖父 祖母 父 母 兄弟 弟妹

⑩くせ（舌、上唇等、口に関するもの）はありますか？

ある（どのような？ ） ない

⑪偏食はありますか？

ある（嫌いなものは？ ） ない

⑫間食の摂りかたについて

一日（ ）回 種類は？（ ）
よく飲む飲み物は？（ ）

⑬食事時間は？ 30分に満たない 30分くらい 30分より長い

⑭授乳の期間は？（ ）歳（ ）ヶ月頃まで

⑮おしゃぶり、ほ乳瓶は？（ ）歳（ ）ヶ月頃まで

⑯フッ素塗布の経験は？ ある（塗布場所は？ ） ない

⑰歯みがきについて

いつ？ 起床時 朝食後 昼食後 間食後 夕食後 就寝前
誰が？ 本人のみ 本人と保護者（母・父・その他）の仕上げ磨き 保護者のみ

⑱フロス（糸ようじなど）の使用について 使用 不使用