

記入年月日： 年 月 日

より良い治療を受けていただくために大切なことですので、できるだけ正確にご記入ください。

ふりがな	◆ 園・学校名 _____
患者さまのお名前 _____ (男・女)	◆ 愛称 _____
生年月日： 年 月 日 (歳 ヶ月)	◆ 保護者の方のお名前 _____
ご住所： 〒 _____ ー _____	続柄 _____
ご連絡先： 自宅 _____ ()	ご予約日をメール(SMS)でお届けします ※ 左記番号宛(システムによる自動送信)です 送信専用のため返信不可です
携帯 _____ ()	

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 (スマホ・パソコン) <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (_____ 医院) <input type="checkbox"/> 看板・その他 (_____)
兄弟はいますか？	<input type="checkbox"/> 兄・姉 (_____ 人) <input type="checkbox"/> 弟・妹 (_____ 人) <input type="checkbox"/> 1人っこ
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 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 type="checkbox"/> ある (医院名： _____) ※ 転院して来られた理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 今までの歯科で不満があった (<input type="checkbox"/> 泣いてできない <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 治療に不満 <input type="checkbox"/> 説明不足) その他 (_____)
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 type="checkbox"/> ある ⇒ (_____) ※ ある方はお薬手帳をお出してください。
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 (_____)
入院や手術の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (_____)歳のとき(病名： _____)

ご記入ありがとうございました。

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、養育者であるあなたの協力が必要です。
当院で診させていただくためには、以下の項目に
同意していただく必要があります。

同意いただけるものにチェックを入れてください。



こどものむし歯予防に、できる範囲で協力します。

定期的(通常3~4カ月に一度)に通院する予防管理システムを受けます。

当院に通う全ての方のために、予約時間を守ります。

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、治療まで回数がかかる場合があります。

大切なご案内



① 本日治療は致しません。

本日はお口の中を診査して、計画をたててから、治療していきます。

② 平日のむし歯治療の最終予約時間は、夕方5時までとなります。



キャンセルについてのお願いごと

- ・ お約束時間には必ずお越し下さい
- ・ 予約時間に連絡なく来られていない場合、自動的にキャンセル扱いとさせて頂く事があります
- ・ 日時変更は、なるべく3日前までにご連絡下さい

※ ご連絡のない無断キャンセルが3回になると、当日予約のみお受けする事となりますのでご注意ください

