

受 診 者	ふりがな		男	女	愛		生年	平・令	年
	お名前		第	子	称		月日	月	日
	ご住所	〒				連絡先	自宅		
						携帯			

□予約確認の SMS 配信サービスをご希望の方はチェックをつけてください

家 族 構 成	母(お名前	年齢	職業	)	父(お名前	年齢	職業	)
	兄弟姉妹(お名前	年齢	男・女	当院受診 有・無)	(お名前	年齢	男・女	当院受診 有・無)
	主な養育者 : 母・父・祖母(同居・別居)・祖父(同居・別居)・その他()							
	同居家族 : 母・父・姉・兄・妹・弟・祖母・祖父・その他()							

◎どうなさいましたか？

虫歯がある ・ 歯が痛い ・ 歯をぶつけた
検診希望 ・ 予防処置(フッ素・シーラント)
その他()

◎お子様の全身状態について

◎現在治療中、または過去にかかった病気はあり
ますか？
・いいえ ・ はい(病名)
現在治療中(歳 ヶ月～)
完治(歳 ヶ月～ 歳 ヶ月)
◎薬や食べ物のアレルギーはありますか？
・いいえ ・ はい()
◎かかりつけの小児科はどこですか？
()

◎食生活について(卒乳済でもお答えください)

◎哺乳・授乳
母乳 ・ ミルク ・ 混合
◎1日の回数
日中 回 夜間 回
◎寝かしつけの授乳
あり ・ なし
◎卒乳時期
まだ 卒乳した(歳 ヶ月)
◎離乳食の開始
まだ 始めている(ヶ月～)

◎水分補給について

◎よく飲んでいる飲み物
水 ・ お茶 ・ その他()
◎使用するもの
コップ ・ ストロー ・ マグ
哺乳瓶 ・ その他()

◎歯磨きについて

◎歯磨きは始めていますか？
・いいえ ・ はい(ヶ月～)
◎いつ磨いていますか？
朝 ・ 昼 ・ 夜
◎使用するもの
はぶらし ・ フッ素ジェル ・ ガーゼ
その他()

◎習癖について

・なし
・あり : 口が開いている ・ 指しゃぶり
おしゃぶり ・ 口唇をかむ
舌を出す ・ その他()
・頻度 : いつも ・ 時々 ・ 眠たい時
寝ている時 ・ その他()

◎当院はどこで知りましたか？

・紹介された(ご紹介者)
・広告(雑誌 ・ インスタグラム ・ HP)
・兄弟が通っている ・ その他()