

No. _____

《あきよし歯科医院予診録 (小児用)》

ふりがな
お子様の名前

ニックネーム

(男・女)血液型 型

生年月日 平・令 年 月 日生 (歳 ヶ月)
ご自宅住所〒

TEL (携帯) - -
TEL (自宅) - -

保護者名(この用紙を記入していただいている方)

母・父・祖母・その他()

※この調査事項は、医学上の事項ですので、秘密を守る事を申し添えます。これらの個人情報、利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱いません。

1. 本日は、どうされましたか (主訴)

A)いつから?どこが?どのように?希望は?(何でも具体的にご記入ください)

↓
※症状のある方にお尋ねします。
痛みの程度は、どのくらいですか?

痛みはない 咬みあわせると痛がる 何もしなくても痛がっている

B)その他の希望

検診をしてほしい 歯磨きの指導をしてほしい フッ素塗布をしてほしい(無料) うけ口を治したい

2. 次のことについてお伺いします。(□にチェック、記入をお願いいたします)

- ①前に歯の治療をしたことがありますか いいえ はい(歯科医院名: _____)
- ②特異体質・アレルギーがありますか ない ある(アレルギーの種類: _____)
- ③他の患者さんの予約がキャンセルになった場合、こちらからのご連絡を希望されますか いいえ はい

3. お子様の性格について

普通 恐怖心が強い 神経質 我慢強い その他()

4. 次のような「くせ」がありますか

爪をかむ 唇を吸う(嘔む) 指しゃぶり 歯ぎしり その他()

5. その他

- ①これまでお母様自身が、お子様の歯磨きについての指導を受けたことがありますか
 ない ある⇒ 保健所(保健相談センター) 歯科医院
- ②過去に歯科医院で不快に感じられた事や、ご希望などございましたら、下記にご記入ください。

6. 当院を知ったきっかけは、何ですか

インターネット検索 うわさを聞いて 電柱広告 通りがかり

知人の紹介: _____ 様、紹介者との関係: _____

7. 当院からのお願い(重要!)

当院は、**担当医は院長1人のクリニック**です。診療には時間予約制・歯科衛生士による分業制をとっており、必ずしも全ての処置を担当医(院長)が行うとは限りません。

ご予約に関しましても夕方・火曜日・土曜日は予約が集中し、予約が集中し、待ち時間も長くなる場合がございます。

複数回のご予約に関しましても承りますが、一度でもキャンセルされた場合、それ以降ご遠慮いただく事もございます。

キャンセルにつきましては可能な限り前日までに、**キャンセル連絡のご協力**をお願いいたします。

当日予約は事前予約の患者様が基本優先となりますので、状況により待ち時間が発生いたします。

おおむね1時間程度のお時間を想定し、ご来院ください。(当院における時間予約制とは、お子様の診療時間をお約束する物ではなく、あくまでも診療の効率を第一に考えてのもので、待ち時間も発生いたします)

歯科治療の経験がないお子様の治療に関しましては、不安を取り除くため、一回目の治療は練習で終わることもございます。

処置時間も15分以内の治療を目安にしておりますので、来院回数が増えることをご理解くださいませ。

加えて、治療困難なお子様は大学病院での治療、矯正治療が必要なお子様へは矯正専門医での治療をおすすめしております。

日曜・月曜・祝日は休診とさせていただきます。歯科医師会業務等により変更もございます。

詳しくは「当院ホームページ」もしくは「LINE登録」にてご確認をお願いいたします。

了解しました

★ご記入、ありがとうございました。

※チェックなき場合は、一部を除き、自費治療になります。

令和 年 月 日



あきよし歯科医院
Ver.4.4