

(フリガナ)

|         |          |  |          |       |
|---------|----------|--|----------|-------|
| お名前     |          |  | 生年月日     | (満 歳) |
|         | 男・女      |  | 平成 年 月 日 |       |
| ご住所     | 〒        |  | お電話番号    | ( )   |
| 幼稚園・保育園 | 呼び名(あだ名) |  |          |       |
| 中学校・小学校 |          |  |          |       |

どうなさいましたか

歯が痛い                       ムシ歯の治療をしたい                       歯の清掃をしてほしい  
 歯ぐきから血が出る                       口臭がある                       乳歯を抜いてほしい  
 乳歯が抜けていないのに永久歯が生えてきた  
 その他( )

当院をお知りになった理由は

家族から紹介     知人から紹介(ご紹介者名: )  
 看板を見て     建物を見て  
 ホームページを見て( PC  スマートフォン)  
 その他( )

前回歯科治療を受けられたのは

治療するのは初めて  
 他院で( 年 月前) \_\_\_\_\_ 歯科医院

そのときの状態は?

治療は出来た(泣いた・泣かなかった)  
 治療は出来なかった(泣いた・暴れた)

治療についてご希望があれば

極端に「こわがり」なので、注意してほしい  
 お子様の意見を尊重し、無理に治療しないほしい  
 お子様は嫌がっても、必要があれば治療してほしい  
 その他( )

スパステル歯科医院ではお子様専用の「**KIDSClub**」会員を募集しています、治療内容を保護者の方へお伝えしながら成長を見届つつ、お子様が楽しく来院して頂くためのポイントが盛沢山のクラブです(年会費、入会金、無料・ノート代のみ110円)



入会する     入会しない     分からないので説明希望

現在の健康状態は

良好     普通     不良

いままでにかかった病気は?

特になし  
 ある  
 その他( )

次のようなことがありますか

傷が化膿しやすい     ジンマシンがしやすい     湿疹がしやすい  
 口内炎にかかりやすい     下痢しやすい     風邪をひきやすい  
 アレルギーがある( )  
 その他( )

現在飲んでいる薬はありますか?

飲んでいない     飲んでいる( )

以前に歯を抜いたことがありますか?

いいえ     はい→その時異常はありましたか?  
 気分が悪くなった     その他( )