



## 予 診 表 (HP) (お子様用 )ノーブルデンタルオフィス

この予診表は、お子様の健康状態や日頃の生活を知り、よりよい治療を行う為の参考にさせていただくものです。患者さんのプライバシーは厳守いたしますので、正確に記入してください。

日 付 平成 年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 住所 〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

生年月日 T S H 年 月 日 年齢 歳 ヶ月 男・女 \_\_\_\_\_

1 .本日来院された理由 (気になることをいくつでも選んでください)

- 歯が痛い      歯ぐきが痛い      あごが痛い      歯がぐらぐらする  
 治療が必要だと思う歯がある      口の中を検査したい  
 歯並びが気になる      口の中にできものができた

その他 (具体的に: \_\_\_\_\_ )

2 .現在、通院している病院はありますか?      いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 )

3 .( 2 )で「はい」と答えられた方、その病名は何ですか? ( \_\_\_\_\_ )

4 .現在何か薬を常用していますか?      いいえ ・ はい (薬品名: \_\_\_\_\_ )

5 .過去に麻酔注射をうった事がありますか?      いいえ ・ はい

6 .麻酔注射をしたとき何か異常な反応はありましたか?      いいえ ・ はい

7 .過去に歯科治療を受けた事がありますか?      いいえ ・ はい

8 .そのとき、泣きましたか?      いいえ ・ はい

9 .歯磨きの回数はどうですか? (お母さんが手伝ってあげる場合も含みます)

1日に2回以上、夜寝る前には必ず歯磨きします

1日に1回は歯磨きをします

ほとんど歯磨きをしません

10 .お子様の健康状態について

既往症      はしか      水ぼうそう      おたふく風邪      風疹  
                     百日咳  
                     その他 ( \_\_\_\_\_ )

体質      アレルギー (薬 食物 その他)      アトピー      精神障害  
                     ぜんそく      内臓疾患 (心臓 肝臓 腎臓 その他)

11 .ご来院の動機について

知人からのご紹介 ( \_\_\_\_\_ 様)      歯科医からのご紹介      インターネットで検索  
 タウンページ      近所だから

その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。