



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。