

はじめに
お読み
ください

当院はこどもにむし歯を作らせないための歯医者です。
その実現のためには、ご家族みなさまのご協力が必要です。
当院を受診される場合は、以下の項目に同意していただく必要があります。

- ① こどもの“むし歯ゼロ”を目指すためにできる範囲で協力します。
定期的なメンテナンスを受けます。(通常 3 か月に 1 回)
- ② 当院に通うすべての方のために、予約時間を守ります。



☐ 同意します ☐ 同意しません

※必ずどちらかに ☒ をお付けください※

ご記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日：	
お名前	(男・女)	西暦 年 月 日	(歳 ヶ月)
ご住所：	〒 -	検診をメール(SMS)でお届けします ☐ 配信を希望します 携帯番号(- -) 受付記入欄 ☐	
ご連絡先：	携帯 - (保護者・本人)		
	ご自宅 () -		
当院をお知りになったのは？	☐ 家族が通院中(様) ☐ 知人からの紹介(様) ☐ ホームページ・・・検索ワード ☐ 他院からの紹介(医院) ☐ 看板 ☐ その他()		
兄弟はいますか？	☐ 兄・姉(人) ☐ 弟・妹(人) ☐ ひとりっ子		
どうされましたか？	☐ 検診 ☐ フッ素塗布 ☐ 虫歯 ☐ 歯をぶつけた ☐ 歯並びが気になる ☐ 集団検診で受診を勧められた ☐ その他()		
現在、痛むところがありますか？	☐ ない ☐ ある ⇒ 今日から・昨夜から・()日前から		
歯科に行かれたことはありますか？	☐ ない ☐ わからない ☐ ある ⇒ アンケート用紙にご記入ください。		
アレルギーはありますか？	☐ ない ☐ わからない ☐ ある ⇒ ()		
今、飲んでいるお薬は？	☐ ない ☐ わからない ☐ ある ⇒ お薬手帳をご提示ください。		
次の病気はありますか？	☐ ない ☐ ある・あった⇒ 心臓疾患・肝臓疾患・腎臓病・ぜんそく 鼻炎・てんかん・その他()		
入院や手術の経験はありますか？	☐ ない ☐ わからない ☐ ある ⇒ ()歳のとき(病名：)		

大切なご案内

治療が必要なときは、こどもが自らすすんで治療を受けられるようにするため
治療までに回数が必要になる場合があります。
まずは、お口の中を精査して今後の計画を立ててから、治療をしていきます。
そのため、本日は治療を致しません。
応急処置はいたしますので、ご安心ください。

