秘

受　診　票

年　　月　　日

フリガナ

受診する人　　男・女　生年月日

保 護 者　　TEL・携帯

〒　　－　住所　　緊急時の連絡先

学校名(幼稚園・保育園)　紹介者　　先生　　様

☆歯の状態をおたずねします。	
どうしましたか？（複数選択可）	□ムシ歯の治療をしたい　□歯ならびをなおしたい □歯みがき指導をしてほしい　□予防処置をしてほしい（フッ素塗布など） □歯の生えかわりがうまくいかない　□その他（　　）
痛いところ、腫れは？	□ない　□ある
今までに歯を抜いたり麻酔の注射をしたことが、ありますか？	□ない　□ある→そのとき何か異常がありましたか □ない　□ある→□血が止まりにくかった　□気分がわるくなった □後ではれた　□ 熱がでた □その他（　　）
☆治療についておたずねします。	
どんな治療をご希望ですか？（複数選択可）	□歯列矯正をしてほしい　□定期的な検診・クリーニングを希望 □先生にまかせる（専門治療希望）　□フッ化物塗布を希望 □保険と自費併用で悪いところは完全に治療してほしい □保険の範囲内で治療をしてほしい □今、痛いところ、はれているところを応急的に処置してほしい □１回の治療時間は長くてもいいが、なるべく回数を少なくしたい □１回の治療時間はなるべく短く、回数はかかってもよい
☆体全身の状態をおたずねします。	
今(今までに)内科的な病気の経験はありますか？	□ない　□ある→それは　□心臓病　□不整脈　□貧血　□小児腎炎　□ぜんそく　□皮膚疹 □じんま疹　□発作　□けいれん　□糖尿　□血が止まりにくい □薬・注射での異常（　　） □肝疾患　□その他特異体質 □精神発達遅延　□てんかん　□自閉症　□（　　） 感染症　□ない □ある（　　）
アレルギーはありますか？	□ない　□ある　□ぜんそく　□アトピー　□金属 □食物（　　）　□鼻炎　□ラテックス □その他（　　）
医師に特に注意されたことがらがありますか？	□ない　□ある　（何ですか　　）
今、病気で医師の治療を受けていますか？	□いない　□いる　（何の病気ですか　　） →　現在、飲まれているお薬はありますか？ □ない　□ある→（薬の名前　　）
ご家族で血液疾患やアレルギーなどのある方はおられますか？	□いない　□いる（どなたですか？　　何ですか？　　）
☆ご家族についておたずねします。　（差しつかえなければ）	
本　人　は　？	□一人っ子　□（　　）人兄弟の（　　）番目　□その他（　　）
当院を受診されたことのあるご家族の方はいらっしゃいますか?	□いない　□いる（□父 □母 □兄 □弟 □姉 □妹 □祖父 □祖母 □その他（　　） （名前　　）

医療法人社団

カノミ矯正・小児歯科クリニック