

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4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。
- ③4歳以下のこどもは、午前中に診察を受けます。



☐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		
お名前	(男・女)	
生年月日	西暦 年 月 日	(歳 ヶ月)
ご住所	〒 _____	
ご連絡先	携帯 _____	(保護者・本人)
	ご自宅 () _____	
ご予約日をアプリでお届けします のちほどアプリの登録をお願いいたします 受付記入欄 ☐		

ご予約希望日に○をつけてください

●0～4歳の方(午前中のみのご予約です)

月()水()土()

●5歳以上の方

月：午前中() 14:30～() 15:30～() 16:30～()

火：14:30～() 15:30～() 16:30～()

水：午前中()

土：午前中() 14:00～() 15:00～() 16:00～()

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。

