

より良い治療を受けていただくために大切なことですので、できるだけ正確にご記入ください。

ふりがな _____

患者様のお名前 _____ (男・女) ◆ 園・学校名 _____

生年月日： 年 月 日 (歳 ヶ月) ◆ 愛称 _____

ご住所：〒 _____ - _____ ◆ 保護者の方のお名前 _____

_____ 続柄 _____

ご連絡先：自宅 _____ () _____

携帯 _____ () _____ → ご予約日をメール(SMS)でお送りします。

当院をお知りになったのは？	<input type="checkbox"/> 家族通院中 (様) <input type="checkbox"/> 知人紹介 (様) <input type="checkbox"/> グーグル検索→HP <input type="checkbox"/> グーグルマップ→HP <input type="checkbox"/> 他医院からの紹介 (医院) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> まるごとマーケット <input type="checkbox"/> むし歯予防セミナー <input type="checkbox"/> その他 ()
兄弟姉妹／要介護者は居ますか？	<input type="checkbox"/> 兄・姉 (人) <input type="checkbox"/> 弟・妹 (人) <input type="checkbox"/> 要介護者がいる <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹／要介護者は居ない
どうされましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯をぶつけた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 集団検診で受診を勧められた <input type="checkbox"/> その他 ()
現在、痛むところがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> ある (医院名：) ※転院された理由を教えてください <input type="checkbox"/> 今までの歯科で不満があった (<input type="checkbox"/> 泣いてできない <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 治療に不満 <input type="checkbox"/> 説明不足) <input type="checkbox"/> その他 ()
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> ある→ ()
今飲んでいるお薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> ある→ () ※ある方はお薬手帳をお出してください。
次の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> ある→ ___才の時 (病名：)

ご記入ありがとうございました。



ようこそ



ゆたに歯科クリニック エル歯科クリニック 千里丘

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、養育者であるあなたの協力が必要です。
当院で診せていただくためには以下の項目に
同意していただく必要があります。



ご同意いただけるものにチェックを入れてください

- 私はこどものむし歯予防に、できる範囲で協力します。
- 私は定期的(通常3カ月に一度)に通院する予防管理システムを受けます。
- 私はクリニックに通う全ての方のために予約時間を守ります。
- 私は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、治療まで回数がかかる場合がある事を理解しました。
- 私はこどもの治療に不安がある場合、笑気吸入鎮静法の選択肢があることを理解しました。

笑気吸入鎮静法とは=鼻から酸素と低濃度の笑気ガスを吸引することで、痛みを感じにくくして不安心や恐怖心をやわらげる鎮静の効果が得られるものです。より安全に治療ができます。使用中の意識はきちんとあり会話も可能です。体に害はありませんのでご安心ください。

『大切なご案内』

本日治療はいたしません。

本日はお口の中を審査して、

治療計画を立ててから治療していきます。

