

診察申込書(小児用)



年 月 日

ふりがな			学校名			学年	
氏名 Name							年生
生年月日 Date of Birth	S H (西暦	年	月	日	血液型	RH+ RH-	型 年齢 Age
住所 Home address	〒 -						
TEL	()	FAX	()	携帯	()		
ふりがな							
保護者名 Name	父		母				
保護者 御勤務先			TEL	()			
保護者御職業 Occupation			御紹介者 Introducer	様			

診察を行うにあたり、以下の質問にお答えください。(秘密厳守)

○最後に健康診断を受けたのはいつですか？

年 月頃 (医療機関名:) 受けたことはない

○現在の健康状態は？ 良好 普通 あまり良くない

○現在もしくは以前に何か疾患にかかった事がありますか？

- 心臓病 肝臓病 (A型 B型 C型 その他) 呼吸器疾患
 ぜん息 花粉症 アレルギー () 結核
 てんかん 膠原病 免疫不全症候群 皮膚病 アトピー
 疱疹 ヘルペス 胃腸系疾患 腎臓病
 その他 ()

○鼻で楽に呼吸ができますか？ はい いいえ 時々詰まる

○いままでに麻酔注射や抜歯をして気分が悪くなったことがありますか？

ある ない

○常用している薬があれば記入してください。

○薬品による副作用は？

ある (薬品名) なかったことはない

○かかりつけの医療機関は？

病院(医院) 科 先生 Tel ()

病院(医院) 科 先生 Tel ()

2枚目の質問事項にもお答えください。

○最後に歯科を受診されたのはいつですか？

年 月頃（病院名： ） □今回は初めて

○ご家族の歯並びについて、下記の欄に記入してください。

（例：出っ歯、受け口、乱杭など）

また、同居している方を○で囲んでください。

祖父	祖母	祖父	祖母	父	母	兄	姉	弟	妹
(父方)		(母方)							

○ご家族の矯正治療経験について

○今までに歯並びについて診断あるいは治療を受けたことがありますか？

ある { どのような診断・治療でしたか？

ない

○乳幼児期のうつぶせ寝経験は？

ある(いつまでですか？) ない 現在もうつぶせで寝ている

○ハイハイをしていたのは？ 才 ヶ月まで

○普段の生活について(複数回答可)

家にいる事が多い 外でよく遊ぶ
よく歩く(距離： 時間：)

○通学は？(複数回答可)

車で送迎 バス・電車 自転車 徒歩(分)

○食べものの好き嫌いがありますか？

ない ある(どんなもの？)

○食べるのは？ はやいほう おそいほう

○来院しやすいのは？

火 水 木 金 土 の→ 午前 昼 午後 夕

火 水 木 金 土 の→ 午前 昼 午後 夕

特になし

○何か希望やご心配なことがございましたらお書きください。

(歯科以外の全身に関することでも構いません。)