



Chica Family Dental Kids

ちかファミリー歯科 + Kids

年 月 日

No. _____

もんしんひょう

| | | | |
|------|-----------------------|--|--|
| フリガナ | | ご連絡先 | |
| お名前 | | 自宅TEL : | |
| ご住所 | 〒 | 携帯TEL : | |
| | | ★ご予約日をメール(SMS)でお届けします | |
| 生年月日 | 西暦 | □ 配信を希望します 携帯番号 (- -) | |
| | | 受付記入欄 <input type="checkbox"/> | |
| | 年 月 日 生まれ () 歳 | | |

★以下の質問の該当する項目にチェックマーク☑を入れ、必要事項をご記入ください

| | |
|---|--|
| ■ 今回はどうなさいましたか？ ※複数選択可 | <input type="checkbox"/> 歯のいたみ ⇒ ・ 今日から ・ 昨夜から ・ () 日前から <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> むし歯 <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 () |
| ■ 当院を 何でお知りになりましたか？ ※複数選択可 | <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> HPを見て <input type="checkbox"/> 広告を見て (媒体の種類:) <input type="checkbox"/> ご家族や知人のご紹介 ⇒ よろしければその方のお名前 () 様 <input type="checkbox"/> その他 () |
| ■ 兄弟姉妹はいますか？ | <input type="checkbox"/> 兄・姉 () 人 <input type="checkbox"/> 弟・妹 () 人 <input type="checkbox"/> ひとりっ子 |
| ■ 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"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ アンケートにご記入ください(⇒裏面) |
| ■ アレルギーはありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ () |
| ■ 今、飲んでいるお薬は ありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ お薬手帳をご提示ください |
| ■ 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"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ () 歳のとき (病名:) |
| ■ その他、気になることや治療に対するご希望・ご相談などがございましたら何でもご記入ください | |
| | |

★頂いた個人情報は個人情報保護法に則り、厳重に保管されます。

大切なご案内

治療が必要なときは、お子さまが自ら進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度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いたしません。

応急処置はいたしますので、ご安心ください。





診察を上手にするためのアンケート

以前歯科治療を受けたことがある方のみご記入ください。

★以下の質問の該当する項目にチェックマーク☑を入れ、必要事項をご記入ください

| | |
|---|---|
| <p>■ 転院理由は何ですか？ ※当てはまるものすべてに チェックをつけてください</p> | <p><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 (_____)</p> |
| <p>■ 診療イスに寝転んで上手に診療を受けることができましたか？</p> | <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> |
| <p>■ むし歯治療はしたことがありますか？</p> | <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> |
| <p>■ 最後のむし歯治療はいつですか？</p> | <p><input type="checkbox"/> (_____)</p> |
| <p>■ その時は上手に出来ましたか？</p> | <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> |
| <p>■ 歯科で麻酔をしたことがありますか？</p> | <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> |
| <p>■ 1年以内に歯科で泣いたことがありますか？</p> | <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> |
| <p>■ 当院を選んだ理由は何ですか？</p> | <p><input type="checkbox"/> むし歯予防をしたいから <input type="checkbox"/> 説明をきちんとしてくれるから <input type="checkbox"/> 院内が明るく楽しそうだから <input type="checkbox"/> 家から近いから <input type="checkbox"/> こどもが泣かずに出来るから <input type="checkbox"/> お友達からおすすめされたから <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> |
| <p>■ むし歯治療でご希望はありますか？</p> | <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> |
| | <p>「はい」とお答えの方、それはどんなことですか？</p> |
| <p>■ その他、気になることや治療に対するご希望・ご相談などがございましたら何でもご記入ください</p> | |

★頂いた個人情報は個人情報保護法に則り、厳重に保管されます。

ご協力ありがとうございました。
スタッフ一同しっかりサポートさせていただきます。一緒に虫歯0を目指してがんばりましょう！

