



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		生年月日	西暦	年	月	日	生まれ ()歳
お名前							
ご住所	〒						
ご連絡先	自宅TEL :	携帯TEL :	★ご予約日をメール(SMS)でお届けします				

★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>	<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>■ 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>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>■ むし歯治療はしたことが ありますか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>■ 最後のむし歯治療はいつですか？</p>	<input type="checkbox"/> (_____)
<p>■ その時は上手に出来ましたか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>■ 歯科で麻酔をしたことが ありますか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>■ 1年以内に歯科で泣いたことが ありますか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>■ 当院を選んだ理由は何ですか？</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>■ むし歯治療でご希望はありますか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	<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！

