

予 診 表

アルファ歯科クリニック

フリガナ			男	愛称	くん
お名前			女		ちゃん
生年月日	平成・令和	年	月	日	(歳 ヲ月)
ご住所	〒				
	電話番号			携帯番号	
保護者氏名			E-mail アドレス		

※今後、予約確認のご連絡を行う予定です。E-mailのご記入もお願いします(携帯メール含む)。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 検診表をもらってきた	<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯が欠けた
どこがお痛みですか	<input type="checkbox"/> 口臭がある	<input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る	<input type="checkbox"/> できものがある
左上 上前 右上	<input type="checkbox"/> 歯並びが気になる	<input type="checkbox"/> 歯の掃除をしてほしい	<input type="checkbox"/> 歯の検診をしてほしい
左下 下前 右下	<input type="checkbox"/> 虫歯治療をしたい	<input type="checkbox"/> 親知らずを抜いてほしい	<input type="checkbox"/> 顎が気になる
	<input type="checkbox"/> その他()		
いつからですか	<input type="checkbox"/> 痛みなし	<input type="checkbox"/> () 日前から	<input type="checkbox"/> ずっと痛い
痛み方は	<input type="checkbox"/> ずっと痛い	<input type="checkbox"/> 時々痛い	<input type="checkbox"/> 時々痛い
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不良
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (病名)	(歳頃)
鼻・のどの病気が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (病名)	(病院名)
現在服用中の薬が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (病院名)	(薬品名)
アレルギーは	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (ペニシリン系、ピリン系、麻酔、ぜんそく、花粉症、その他)	
歯科治療を受けたことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 検診のみ	<input type="checkbox"/> ある
治療は可能でしたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 応急処置のみ	<input type="checkbox"/> いいえ()
何かクセはありますか	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり	<input type="checkbox"/> 爪をかむ	<input type="checkbox"/> 歯ぎしり
	<input type="checkbox"/> タオルなどをくわえる	<input type="checkbox"/> おしゃぶり	<input type="checkbox"/> おしゃぶり
	<input type="checkbox"/> いつまでも食べ物を口に入れている	<input type="checkbox"/> その他()	
現在母乳または哺乳瓶使用	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
おやつはどんなものを	<input type="checkbox"/> アメ	<input type="checkbox"/> ガム	<input type="checkbox"/> ビスケット
飲食しますか	<input type="checkbox"/> おせんべい	<input type="checkbox"/> チョコ	(回/日)
	<input type="checkbox"/> ジュース	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料	<input type="checkbox"/> 清涼飲料
	<input type="checkbox"/> 乳酸飲料	<input type="checkbox"/> 果物類	(ml/日)
おやつの時間は決めていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(時頃)
歯を磨いていますか	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 磨かない
いつ磨きますか	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夜
	<input type="checkbox"/> 就寝前	<input type="checkbox"/> その他	
誰が磨きますか	<input type="checkbox"/> 子供が自分で磨く	<input type="checkbox"/> 子供が磨いた後親が仕上げ磨きをする	<input type="checkbox"/> 親が磨く
歯磨き粉は使用しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容について要望	<input type="checkbox"/> 今痛いところだけ治したい	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい	

その他気になることやご希望がございましたらご記入下さい。