

はじめに
お読み
ください

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、ご家族みなさまのご協力が必要です。
当院を受診される場合は、以下の項目に同意していただく必要があります。

- ①こどもの“むし歯ゼロ”を目指すためにできる範囲で協力します。
定期的なメンテナンスを受けます。(通常3か月に1回)
- ②当院に通うすべての方のために、予約時間を守ります。



☐同意します ☐同意しません

ご記入日 年 月 日

※必ずどちらかに ☒ をお付けください※

ふりがな お名前 生年月日：平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月) ご住所：〒 _____ ご連絡先：携帯 _____ (保護者・本人) ご自宅 () _____	ご予約希望日に○をつけてください 月：午前中 () 14:00~ () 15:00~ () 16:00~ () 火：午前中 () 14:00~ () 15:00~ () 16:00~ () 水：午前中 () 14:00~ () 15:00~ () 16:00~ () 木：午前中 () 14:00~ () 15:00~ () 16:00~ () 金：午前中 () 14:00~ () 15:00~ () 16:00~ () 土：9:00~12:30 ()
当院をお知りになったのは？	・ 紹介 (知人) _____ 様からのご紹介 (家族) _____ 様からのご紹介 (紹介内容：) ・ ホームページ ・ 駅の看板 ・ Google マップ ・ その他 ()
ご兄弟はいらっしゃいますか？	・ 兄、姉 (人) ・ 弟、妹 (人) ・ ひとりっ子
どうされましたか？	・ 検診 ・ フッ素塗布 ・ 虫歯 ・ 歯をぶつけた ・ 歯が欠けた ・ 歯並びが気になる ・ 集団検診で受診を勧められた ・ その他 ()
現在、痛むところがありますか？	・ ない ・ 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？	・ ある ・ ない ・ わからない
アレルギーはありますか？	・ ない ・ わからない ・ ある ⇒ ()
今、飲んでいるお薬は？	・ ない ・ わからない ・ ある ⇒ お薬手帳をご提示ください。
次の病気はありますか？	・ ない ・ 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？	・ ない ・ わからない ・ ある ⇒ () 歳のとき(病名：)

大切なご案内

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後の計画を立ててから、治療をしていきます。
そのため、本日は治療を致しません。応急処置はいたしますので、ご安心ください。

