


年 月 日

フリガナ		男・女	お誕生日	西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)
ご住所	〒 			
電話	(緊急連絡先)		あだ名	
E-mail				

家族構成	祖父 祖母 父 母 兄 姉 弟 妹	好きなもの
保育園・幼稚園・学校名		きれいなもの

1 来院経路 (当院を知ったきっかけ)

HP 近所 家族 雑誌 看板
ご紹介 (ご紹介様のお名前: _____)

2 歯医者さんは初めてですか?

はい いいえ (医院名: _____)

3 全身疾患

なし あり (_____)

4 アレルギー

ぜんそく 鼻炎 花粉症 金属
薬 (_____) アトピー (_____)

5 現在、他の病院にかかっていますか?

いいえ
はい 病 名 (_____)
 病院名・担当医 (_____)

6 発達の面などで特別な配慮を必要とされますか?

ない ある (_____)

7 卒乳: 済 未

8 授乳

母乳 粉ミルク 牛乳
 回数 (_____) / 時間 (_____)

9 仕上げ磨き

なし あり 頻度 (朝・昼・夜)

10 飲み物 (※何個でも)

水 お茶 麦茶 牛乳 果汁
炭酸飲料 スポーツドリンク
その他 (_____)

11 歯みがき方法を習ったことはありますか?

なし あり

12 フッ素の使用

なし あり (_____)

13 おやつ

規則的 不規則的
 偏食: なし あり
 間食: なし あり
 内容 (_____)
 回数 (_____)

14 クセ

なし
あり
指しゃぶり 舌癖 ほおづえ
爪噛み 下あごを出す 歯ぎしり
口を開けている
その他 (_____)

15 かみ合わせ

気にならない 気になる (_____)


16 他院歴 (矯正相談)

なし ある (_____)

17 睡眠時間は充分ですか?

充分 やや不足 不足

18 その他、気になることがあればお書きください



ありがとうございました。