診療申込書（お子さま用）

No.	平成　　年　　月　　日
フリガナ：	生年月日：H　　年　　月　　日（　　歳）
お名前：	電話番号：
	携帯番号：
住　所：〒	
保護者名：	かかりつけの医院名：
学校・保育所・幼稚園名：	ニックネーム：

● 今までにお口のことで困ったこと、伝えておきたいことをご記入ください。

● 今日はどうなさいましたか？

□ 検査をしたい　□ むし歯の予防をしたい　□ 歯並びを治したい
□ 痛みを取りたい（どのあたりですか？：　　）
□ カムカムクラブ入会

● お子さまの健康状態はいかがですか？

□ 良好　□ 普通　□ あまりよくない（具体的に：　　）

● お子さまはこれまでに、歯の治療を受けたことがありますか？

□ ない　□ ある（いつ頃ですか：　　）

● お子さまはこれまでに、大きな病気にかかったことがありますか？

□ ない　□ 喘息　□ ひきつけ　□ その他（　　）

● お子さまにアレルギー体質などがありますか？

□ ない　□ ある（具体的に：　　）

● 薬や注射で異常が出たことがありますか？

□ ない　□ ある（具体的に：　　）

● 出血したとき、血がとまりにくかったことがありますか？

□ ない　□ ある（具体的に　　）

● お子さまの性格を教えてください。

□ 神経質　□ 人見知りする　□ 恐がり　□ 活発　□ 飽きっぽい
□ 積極的　□ 反抗的　□ おとなしい　□ かっとなりやすい
□ その他（　　）

● カムカムクラブを聞いたことがありますか？

□ ある　□ ない

● 当院におみえになったのは？

□ 知人・家族の紹介（ご紹介者　　様）
□ 院前を通って　□ 電話帳　□ ホームページ　□ 看板