

はじめに
お読み
ください

当院は**子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 子どもの“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3～4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。
- ③ 4歳以下は、午前中のご予約となります。
- ④ むし歯治療の最終予約時間は15:30までとなります。



同意します 同意しません ※必ずどちらかにをお付けください※

ご記入日： 年 月 日 ふりがな お名前： _____ (男・女) 生年月日：西暦 年 月 日 (歳 ヶ月) ご住所：〒 _____	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"><p>ご予約日をメール(SMS)でお届けします</p><p><input type="checkbox"/> 配信を希望します 受付記入欄 _____</p></div> ご連絡先：携帯 _____ () 自宅 _____ ()
当院をお知りになったのは？	<input type="checkbox"/> 家族が通院中 (_____ 様) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 (_____ 様) <input type="checkbox"/> ホームページ … 検索ワード _____ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (_____ 医院) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他(_____)
ご兄弟はいますか？	<input type="checkbox"/> 兄・姉 (_____ 人) <input type="checkbox"/> 弟・妹 (_____ 人) <input type="checkbox"/> ひとりっ子
どうされましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 虫歯 <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(_____)
現在、痛むところはありますか？	<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 ⇒ アンケート用紙にご記入ください
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？	<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(_____)
発達や発育について医師から指摘を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (_____)
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： _____)
お母さんは歯科検診を受けていますか？	<input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 半年以内 ⇒ <input type="checkbox"/> こいし・こども矯正歯科 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 他院にて
離乳食についての教室に興味はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからないので説明してほしい <input type="checkbox"/> ある

大切な
ご案内

治療が必要なときは、子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、本日は治療はいたしません。
応急処置はさせていただきますので、ご安心ください。

