

カウンセリングシート（小児用）

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日
名前			年 月 日（ 歳）
住所	〒		TEL（ ） -
保護者名			携帯（ ） -

1、本日来院された理由をお聞かせ下さい。（複数可）

- ・痛い ・ぐらぐらする ・つめもの、冠がとれた ・乳歯が抜けずに永久歯が生えてきた
- ・矯正 ・フッ素塗布 ・歯みがき指導 ・歯の着色が気になる
- ・その他（ ）

2、以下の病気で医師の治療を受けていますか？または過去に受けたことはありますか？

- ・心臓病 ・高血圧 ・低血圧 ・貧血 ・糖尿病 ・腎臓病 ・肝臓病（A型・B型・C型・その他）
- ・リウマチ ・血液病 ・ぜんそく ・HIV ・神経症 ・てんかん ・その他（ ）

3、現在飲んでいる薬はありますか？

- ・はい ・いいえ

薬名（ ）

※お薬手帳がある方は受付に提出をお願いします。

4、体内に心臓ペースメーカーが入っていますか？

- ・はい ・いいえ

5、アレルギーはありますか？

- ・はい（ ） ・いいえ

例）ゴム、金属、食べ物など

6、通院手段を教えてください。

- ・徒歩 ・車 ・公共交通機関 ・その他（ ）

7、間食についてお答えください。

①1日_____回 時間は決まっていますか？ ・決まっている ・決まっていない

②どんなものが多いですか？（ ）

③よく飲む飲み物はなんですか？（複数可） ・ジュース ・牛乳 ・スポーツ飲料 ・水 ・お茶

④母乳を飲んでいますか？または哺乳瓶を使用していますか？ ・はい ・いいえ

8、歯みがきについてお答えください。

①1日何回歯みがきをしますか？ ・_____回 ・決まっていない

②仕上げみがきはしていますか？ ・している ・していない ・時々する

③自宅でフッ素を使用していますか？ ・している ・していない

9、治療に対するご希望をお聞かせください。

今回の治療では ・悪いところは全て治したい ・痛いところだけ治したい ・応急処置のみしてほしい

お子さんの治療の方針として ・かまわず治療してほしい ・様子を見てできるところまで治療してほしい

・慣れてくるまで無理して治療しないでほしい

その他のご希望（ ）

10、その他治療についての同意

学術的な目的で患者さまの口腔内写真やレントゲン写真などを、個人が特定できない状態で使用させていただくことがあります。歯科の学術上の貢献となり、他の患者さまの利益にもつながりますので、何卒、ご理解、ご協力のほどをお願い申し上げます。また、治療中に除去した口腔内の金属（被せ物など）やお持ちいただいた外れた被せ物は患者様から申し出がない限り、感染性医療廃棄物として処理いたします。申し出があっても切削により除去した場合原型をとどめていないことがあります。

上記内容に同意いたします。

2枚目のご記入もお願いいたします。

カルテNo. _____

当院をどのようにお知りになりましたか？（複数可）

- ・ 紹介、友人 _____ 様 何と紹介されましたか？（ ）
- ・ 家族が通院している、していた ・ 当院を見て ・ 駅看板 ・ 雑誌ホームドクター
- ・ インスタ ・ ホームページ ・ e-park（検索サイト） ・ デンターネット ・ エキテン
- ・ Googleマップ検索 ・ チラシ ・ 内覧会 ・ アイビー歯科/こまち歯科に通院していた
- ・ その他（ ）

インターネットで検索された方へ

検索した際のワードをお知らせください（複数可）

- ・ 歯科 ・ 歯医者 ・ 豊平区 ・ 平岸 ・ 南平岸 ・ むし歯 ・ 痛くない ・ 削らない ・ 抜かない
- ・ 小児 ・ 矯正 ・ 予約 ・ インプラント ・ 審美 ・ ホワイトニング ・ 検診 ・ 口コミ ・ おすすめ
- ・ その他（ ）

ここから下は、【任意】でお答えください。

現在、ご自宅で介護を受けているご家族はいらっしゃいますか？

- ・ はい
- ・ いいえ

「訪問歯科診療」をご存知ですか？（当院でも実施しております。）

- ・ 利用している
- ・ 知っている
- ・ 聞いたことはない
- ・ 詳しく聞いてみたい

ご協力ありがとうございました。受付に提出して、もう少々お待ちください。



医療法人社団 博愛会

平岸駅前 こまち歯科

医院使用欄

M	・	L	0	・	1	・	2	・	3	・	4	・	5	・	6	・	7	・	8	・	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---