

# 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 ・しみる ・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
- ・定期健診 ・フッ素塗布 ・歯みがき指導 ・歯石除去 ・歯の着色が気になる ・矯正
- ・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 ・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、間食についてお答え下さい。

- 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

## 7、歯みがきについてお答え下さい。

- 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 ・ときどきする。
- 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

## 8、治療に対するご希望をお聞かせ下さい。

- 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をしてほしい  
・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( )

## 9、口腔内写真使用の同意について

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。  
歯科の学術向上の貢献となり、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。

上記内容に同意いたします。

2枚目もご記入をお願いいたします。

**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
- ・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    ・ロコミ    ・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

**※上の質問で『はい』とつけられた方****「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

---

**ご記入ありがとうございました。受付に提出して、もう少々お待ち下さい。**



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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---