

ひらの歯科医院予診票（小児） 記入日

年		月		日				
大正		昭和		平成				
令和								
ふりがな			生年月日					
お名前	男・女		年	月	日（ ）歳			
ご住所	□マイナ保険証に登録されている住所に住んでいる⇒住所記載不要							
	□マイナ保険証に登録されている住所以外に住んでいる⇒下記に住所をご記載ください 〒							
連絡先	□携帯（ ）		□自宅（ ）					
当院を選ばれた理由（必須）	☐ 看板をみて ☐ 家族の紹介 ☒ ※お名前（ ）様 ☐ その他		☐ H P をみて ☐ 知人の紹介 診察担当制の希望 あり ・ なし					
★当院で治療中に撮影した写真をHPで症例写真として掲載を許可する はい ・ いいえ								
あなたのお困りは	歯 歯並び 口臭 顎関節 歯茎 歯の色 クリーニング 検診 フッ素					なし		
どの部位ですか	全体	右下	右上	左下	左上	上前歯	下前歯	なし
どのような症状ですか	何もしてなくても痛い 噛んだ時に痛い 口を開けるときに痛い しみる（ 冷たいもの 熱いもの 甘いもの ） その他（ ）							なし
いつごろからですか	今日	（ ）	日前	（ ）	か月前	わからない		痛くない
何か病気をしたことはありますか	小児喘息 てんかん その他（ ）							なし
服用薬はありますか	病名： お薬： 本日お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします。 お持ちでない方・忘れた方は受付までお声がけください							なし
アレルギーはありますか	ある → 食べ物： 薬：							なし
以前に治療をしたことはありますか	はい → 問題なく行えた （風をかける 虫歯箇所を取る 水が出る道具 水を吸う道具）							いいえ

裏面にも続いておりますのでご記入をお願い致します

