

# はぐくみの森へようこそ

申込日 年 月 日

ふりがな お名前	男の子 女の子	おうちでの 呼び名
生年月日 平成 年 月 日生 (満 歳)		
住所(〒 )		TEL 携帯
急ぎのときにかけて頂くことがあります。つながりやすいお時間帯 ( : ~ : )		
学校名		TEL
Eメール		診察前の予約確認メール (☑をしてください) <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない QRコードから空メールを送信していただいてもかまいません
何かあった場合の連絡先の希望 (☑をしてください) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他( )		

通院に便利な時間 (☑をしてください)	通院に便利な曜日 (☑をしてください)
<input type="checkbox"/> 午前 ( ___ 時 から ___ 時までの間) <input type="checkbox"/> 午後 ( ___ 時 から ___ 時までの間) <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 特になし
来院手段 (☑をしてください)	所要時間
<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自動車	分くらい
同居している家族 (☑をしてください)	
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 ( 第 ___ 子 )	
当院をお知りになった理由は? (☑をしてください)	
<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介(ご紹介者: _____ ) (その方にお礼状を送らせていただいてもよろしいでしょうか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ )	
<input type="checkbox"/> 駅看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> チラシを見て	
<input type="checkbox"/> ホームページを見て (日頃使われている検索サイト <input type="checkbox"/> Yahoo <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> その他( _____ ) )	
<input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他( _____ )	

Photo
-------



該当するところにチェックをしてください。

お子さまは、今までに歯の治療を受けたことがありますか？		
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
あると答えた方へ その時、十分な治療が受けられましたか？		
<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> 応急処置のみ	<input type="checkbox"/> できなかった
治療について、どのようにお考えですか？		
<input type="checkbox"/> 泣いてもできるだけしてほしい	<input type="checkbox"/> ムリにはしてもらいたくない	<input type="checkbox"/> なれてから治療をしてほしい
本日はどうなさいましたか？（複数回答可）		
<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 口臭が気になる	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い/血が出る
<input type="checkbox"/> 口の中にできものがある	<input type="checkbox"/> つめものがとれた	<input type="checkbox"/> かぶせものがとれた
<input type="checkbox"/> むし歯が気になる	<input type="checkbox"/> 歯石をとりたい	<input type="checkbox"/> 検診をしてほしい
<input type="checkbox"/> 歯の掃除をしたい	<input type="checkbox"/> むし歯予防治療	
<input type="checkbox"/> 歯ならびの治療	<input type="checkbox"/> 歯ならびの相談	
<input type="checkbox"/> アゴが痛い	<input type="checkbox"/> その他( )	
ならいごと、部活動などをしていきますか？		
<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している(内容： )	
	(曜日： )	時間帯： )
両側の歯でものをかみますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
口をあけしめする時、耳のあたりでカクンと音がしますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
歯ぎしりや歯をくいしばるくせがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
むし歯、歯周病を予防する方法があることを知っていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
無料でむし歯になりやすいかのリスク検査をしています。希望されますか？	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> しない

小学校入学前のお友達への質問です。

好きなキャラクター、あそびはありますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ( )
好きなDVD、ビデオはありますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ( )

保護者の方からみて、お口について気になるところはございますか？ご自由にご記入ください。

--

お子さまの生活について教えてください。

今までに大きな病気をしましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名 : 病院 科 先生)
現在、通院していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名 : 病院 科 先生)
薬、食べ物などに、アレルギーがありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 嘔吐・下痢をする <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他( ) どんな食べ物ですか？ ( ) どんなお薬ですか？ ( )
何かくせはありますか？ (複数回答可) <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> いつまでも食べ物を口に入れている <input type="checkbox"/> タオルなどをくわえる <input type="checkbox"/> くちびるをかむ <input type="checkbox"/> その他( )
平日の昼間はどこで過ごすことが多いですか？ <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 学校 ( 学校名 ) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 祖父母の家 <input type="checkbox"/> その他 ( )
おやつ時間は決めていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 時ごろ)
おやつの回数は決まっていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 回)
おやつはどんな食べ物が多いですか？ (複数回答可) <input type="checkbox"/> あめ <input type="checkbox"/> チョコ <input type="checkbox"/> ガム <input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> スナック菓子 <input type="checkbox"/> おせんべい <input type="checkbox"/> 果物類 <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 季節のもの ( 例：さつまいも、みかん等 ) <input type="checkbox"/> 軽食 ( 例：サンドイッチ、やきそば等 ) <input type="checkbox"/> その他( )
お子さまの歯みがきは、いつ行っていますか？ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 毎食後 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> 決まってない
どなたが行いますか？ <input type="checkbox"/> 子どものみ <input type="checkbox"/> 親のみ <input type="checkbox"/> 子どもの後に親 <input type="checkbox"/> 親の後に子ども
ご家庭でフッ素を使いますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
はいと答えた方へ どのようなタイプのフッ素ですか？ <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 歯みがきこ <input type="checkbox"/> スプレー <input type="checkbox"/> ジェル

大変ありがとうございました。

これから楽しく、お話をお伺いいたします。

記入できなかったことなども、お気軽に何でもお話ください。

今日からお子さまが主役です！