

ひまわり矯正・小児歯科 初診用紙

年 月 日

1. 本人について

ふりがな 氏名	生年月日 昭 平 年 月 日	性別 男 女 年齢 才
住所 〒		電話番号 () -
学校名または 勤務先		年生 電話番号 () -
父親の名前	母親の名前	学校等のクラブ活動

2. 保護者について (ご結婚されている方は配偶者をお書き下さい)

職業および 勤務先	電話番号 () -
--------------	------------

3. 全身的な健康状態について

現在医師の治療を受けていますか はい いいえ 『はい』なら病名は _____
現在の健康状態は 良い 普通 悪い 『悪い』ならなぜ _____
大きな病気はしたことがありますか (もしあるとすればどんな病気ですか) はい いいえ 『はい』なら病名は _____
鼻の病気がありますか (例えばアレルギー性鼻炎、アデノイド肥大、蓄膿症...) はい いいえ 『はい』なら病名は _____
へんとうせんが大きいと言われたことがありますか はい いいえ 『はい』なら切除は 切除済み 未切除
歯を抜いて気持ち悪くなったことがありますか はい いいえ 『はい』なら何才の頃 _____
薬に対しアレルギーがあると言われたことがありますか はい いいえ 『はい』なら薬の名は _____
リウマチと診断されたことがありますか はい いいえ 『はい』なら何才の頃 _____

4. 歯みがきについて

一日に何回歯を磨きますか 一日 _____ 回 朝 昼 夜 食前 食後
虫歯は多いほうですか はい いいえ

5. 歯の健康状態について

指しゃぶりをしていましたか
 はい いいえ 『はい』なら何才まで _____ 才まで
 舌、唇、タオルなどをかむ癖がありましたか
 はい いいえ 『はい』なら何才まで _____ 才まで _____ を
 口で呼吸する癖がありますか
 はい いいえ
 歯ぎしりの癖はありますか
 はい いいえ
 ほおづえの癖はありますか
 はい いいえ
 寝る時はうつぶせですか
 はい いいえ

6. 歯ならびおよび顎の関節で気になっている所に○をして下さい

本人が気にしていれば○ 気にしていなかったら何も記入しないで結構です

	親	本人
a, 上の歯が出ている (出っ歯)		
b, 下の歯が出ている (受け口)		
c, 八重歯やらんぐい歯 (歯ならびがでこぼこ)		
d, かみ合わせが深い		
e, 上の歯と下の歯がかんでいない		
f, 口元が出ている		
g, 顎が痛い		
h, 顎で音がする		
i, めまいがたまにする		
j, 目の奥が痛い		
k, その他		
具体的に気になっているところをお書き下さい		

7. その他

以前に矯正治療を受けたことがありますか はい いいえ
 かかりつけの歯科医院名 (歯科医院)
 当 ひまわり矯正・小児歯科を何でお知りになりましたか
 1, 歯科医院の紹介
 2, 患者さんの紹介 どなたですか ()
 3, 知人の紹介 どなたですか ()
 4, 看板 どの看板ですか ()
 5, タウンページ
 6, ホームページ
 7, その他 ()

今後予約の確認や歯の健康教室開催のご案内などを、携帯電話にメールしよう
 と考えております。よろしければアドレスをお書きください。

@