

予診カルテ（小児用）

	ふりがな				男 女		
	氏名						
生年月日	平成	年	月	日	年齢	才	ヶ月
住所	〒 -						
電話	自宅				携帯		
学校名等							
よろしければ、ご紹介者又はお知り合いの方のお名前							
ご紹介者と同一担当医による診療を希望しますか							
				はい	どちらでもよい		

- 現在痛みが … ない ある
- 抜歯の経験は … ある ない
- 血がとまりにくかったことは … ない ある
- 薬、食物、金属などに対するアレルギーは … ない ある
- 現在服用中の薬は … ない ある
薬名 _____
- 授乳は … 母乳 人口乳 混合乳（離乳 ヶ月頃）
- 歯が生えはじめたのは … 生後 ヶ月頃
- 間食に与えるものは … 食品（飲み物）名 _____
- 今までに病気にかかったことは … 病名 _____

※診療に対するご希望があれば _____