

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( 才 )

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

Tel (自宅) \_\_\_\_\_ (保護者様の携帯) \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

(臨時休診日のお知らせや、ご予約日時の確認等をメールにてご案内させていただきます。)

どうなさいましたか？	
歯科医院は初めてですか？	はい ・ いいえ
いいえの方にお聞きします	
歯科医院でのお子様の様子はいかがでしたか？	
普通に治療できた ・ 人見知りした ・ 怖がった ・ 泣いた ・ 治療できなかった その他 ( )	
麻酔をしたことがありますか？	はい ・ いいえ
現在なにか病気にかかっていますか？	はい ( ) ・ いいえ
現在なにかお薬を飲まれていますか？	はい ( ) ・ いいえ
今までに大きな病気やけがをしましたか？	はい ( ) ・ いいえ
アレルギーはありますか？	はい ( ) ・ いいえ
血がとまりにくいことがありましたか？	はい ( ) ・ いいえ
治療に対するご希望その他、何かございましたらご記入ください	
御家族、御友人などで当医院に通われた方がいらっしゃいますか？	
_____ 様	ご関係 ( )
_____ 様	ご関係 ( )