うめむら歯科医院　　令和　　年　　月　　日

診療申込書（小児）

ふりがな
お名前　　生年月日 R/H　年　　月　　日生　（　　才）

〒
住所

電話（ご自宅）　　（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頂きます）

いかがされましたか？

治療に対するご希望などございますか？

現在および今迄に、かかった病気や手術がありましたら教えて下さい
☐ ない　☐ アレルギー（　　）　☐ 喘息
☐ 腎臓病　☐ 糖尿病　☐ 肝炎（　　型）　☐ 甲状腺
☐ 自己免疫疾患　☐ 精神・神経疾患　☐ 腫瘍（良性・悪性）　☐ 心臓病
☐ その他（　　）

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（　　）
麻酔をした事がありますか？　☐ はい　☐ いいえ
現在飲んでいるお薬はありますか？
☐ いいえ　☐ はい（　　）

来院のきっかけを教えて下さい（複数可）
☐ 家族・知人・友人の紹介　お名前　　様　（ご関係　　）
☐ 近いから　☐ インターネット・ＨＰ
☐ その他（　　）