

ふりがな 名前 (男・女)	平成・令和 年 月 日生 (歳)	ふりがな 保護者名
ふりがな 住所 〒	自宅 () - 携帯 () -	
学校名 小学校 年生	幼稚園名	血液型 A・B・O・AB

治療するにあたって、大切な情報ですので分かる範囲で詳しくご記入ください。

1 当院を知ったきっかけ

- 知人、家族の紹介 () 様
- インターネット
- 医院を直接見て
- その他 ()

2 歯医者さんは初めてですか？

- はい
- いいえ

※以前の処置は

- 上手にできた
- 怖かった
- ※麻酔は
- 使った
- 使わなかった

3 どうなさいましたか？

- 検診希望
- 痛いところがある
- 腫れているところがある
- グラグラしているところがある
- 矯正の相談
- 歯科検診で引っかかった



痛い場所が分かれば
○をつけて教えてください😊

スタッフ記入欄
PA ガ

4 体の状態

- 今までにかかった病気 ある () ない
- 現在かかっている病気 ある () ない
- アレルギー等の体質 ある () ない

6 その他

- ・明細書が必要ですか？ はい いいえ
- ・定期健診のはがきを希望されますか？ はい いいえ

7 ご質問があればご記入ください