

【ご質問（小児用）】 ご記入日 年 月 日

（お願い）当院では、お子様の歯の健康を守り、よりよき治療をさせていただくために、次の事項にお答えいただいております。該当するものにチェックをおつけ下さい。

ふりがな

お名前 男・女 生年月日 平成 年 月 日生

〒

住所 才 ヶ月

電話

携帯電話

e-mail

@

どうなさいましたか？（複数回答可）

右上	上前	左上
右下	下前	左下

歯が痛い・しみる

歯ぐきがはれた

つめものが取れた

歯ならびをなおしたい

虫歯の予防をして欲しい

できものが口の中にできた

歯石をとってほしい

歯の健康診断をしたい

フッ素を塗りたい（オーラループ）

歯のみがき方の指導を希望

その他（ ）

過去または現在大きな病気にかかったことはありますか？

ない

ある（ ）

現在お薬を飲んでいる

はい（お薬の名前： ）

いいえ

薬の副作用、アレルギー、特別な体質はありますか？

ない

ある（どんなものに ）

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか？

ない

ある（ ）

当院を知ったきっかけ

近所 / 通りがかり

医院を直接見て（看板など）

Net 検索（検索ワード ）

ホームページを見て

家族の紹介（ ）様

知人の紹介（ ）様

その他（ ）

紹介者の方へお礼のハガキを送っても

よろしいですか？（ はい・いいえ ）