

18歳未満

【 問 診 票 】

ご記入日 年 月 日

ふりがな 男 生年月日
お名前 女 年 月 日生 才 ヶ月

〒
住 所

電 話
携帯電話 e-mail @

保護者の方のお名前 (ご関係:)
連絡可能な電話番号 ()

※同意事項
必ずご確認ください □ 保護者の外出時、または非同伴時に
歯科医師が治療にレントゲンが必要と判断した場合撮影に同意する。

どうなさいましたか？(複数回答可)

Table with 3 columns: 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()

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()

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()

《当医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葉書を送ってもよろしいでしょうか

(はい・いいえ)