

ふりがな				愛称			
お名前				性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳)
ご住所	〒			ご自宅			
				携帯電話			
通われている保育園・幼稚園・小学校名						学年	年生

★当院では、ご予約日の前日にショートメール(SMS)を送らせていただきます。

当院を知ったきっかけ	当院に知人やご家族の方が通っている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「はい」の方 (お名前 様) <input type="checkbox"/> 建物をみて <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> インスタ <input type="checkbox"/> 近くだから		
本日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> その他()		
歯科は初めてですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 年 月以来 虫歯治療をしたことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
歯科で麻酔を使用したことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(はいの方 ⇒ <input type="checkbox"/> よく効いた <input type="checkbox"/> 効きづらかった		
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> 薬(薬名) <input type="checkbox"/> ヨード		
過去または現在内科的な病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名) (通院医療機関名)		
薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬名)		
好きなおやつ	好きな飲み物		
おやつの時間	(時) (時) (時)		
何かくせがありますか？ (現在あるものには○、過去にあったものには△)	・爪をかむ・指しゃぶり・何か物をくわえる・歯ぎしり・口呼吸 ・ほおづえをつく・その他()		
その他、伝えたいこと、ご希望などがございましたら、ご記入ください			