



ふりがな

氏名

生年月日 平成 年 月 日生 才

愛称

保育園・幼稚園・小学校名

好きな食べ物

好きな色

好きな物

〒

住所

電話

保護者の氏名

保護者の携帯電話

① お子さまはどうされましたか？ 該当するところにチェックして下さいね。

- むし歯 痛い はれた ぐらぐらする 歯並びが気になる
 フッ素を塗りたい 検診希望 その他 ()

② 歯医者さんに行くのははじめてですか？

- はい いいえ

“いいえ”で答えた方にお聞きします。むし歯の治療はしたことがありますか？

- はい いいえ

③ 今現在お子さまのお体の状態はどうですか？

- 良い
 悪い場合は具体的にお書きください
()

④ 食べ物やお薬でアレルギーはありますか？

- はい (アレルギーの種類:) いいえ

⑤ 当院をどのようにお知りになりましたか？

- ご紹介 (お名前: 様) 看板 ホームページ
 自宅・職場に近い その他 ()

ご希望、ご質問したいことがあればお書き下さい。

ありがとうございました。受付までお持ち下さい。