小学生以下

予　診　表

年　月　日

フリガナ

氏名

生年月日　H　年　月　日（　才　ヶ月）

住所　〒

保護者氏名

ご連絡先

メール※

※予約確認メールを送信しますのでご記入ください

該当するものにチェックしてください

どうなさいましたか	□歯が痛い　□フッ素を塗ってほしい □歯並びの相談　□その他（　）
当院におみえになったのは	□HPを見て　□通りかかって □紹介されて（紹介者：　様：家族・知人・その他）
保護者の方は	□初めて　□前に来たことがある（　年　月頃）
現在お身体の状態は	□健康である
以前にかかった病気は	
アレルギーは	□ない　□ある（□薬品　□食品　□その他） □ある場合は具体的品名（　）
現在飲んでいる薬は	□ない　□ある（薬品名：　）
歯の治療をしたことがありますか	□ない　□ある □歯医者に恐怖心を持っている
麻酔の注射（口の中）をしたことがありますか	□ない　□ある
歯を抜いたことは	□ない　□ある
性格は	□甘えん坊　□泣き虫　□おとなしい　□活発 □その他（　）
ご兄弟（姉妹）は	□いない
現在何にご興味をもっていますか	
何かご希望があればどうぞ	

ありがとうございました

医療法人社団YDC　**ゆりの木歯科医院**