

フリガナ 氏名	男・女		家族構成				
生年月日	西暦	年 (H 年)	月	日 / 歳	名前	続柄	年齢
住所	〒		-				
	TEL		-				
愛称							
通園・通学	あり (		幼稚園・保育園・小学校)・なし				

- なぜ当院を選びましたか？
  - 紹介 (お名前 )
  - 評判を聞いて
  - 近いから (自宅・幼稚園・保育園・小学校)
  - ホームページを見て
  - 看板を見て
  - チラシを見て
  - その他 ( )
- どうなさいましたか？
  - 歯が痛む
  - 虫歯の治療をしてほしい
  - 検査をしてほしい
  - 歯並びをなおしてほしい
  - 歯の掃除をしてほしい
  - フッ素を塗ってほしい
  - その他 ( )
- 今までに歯の治療の経験は？
  - ある (上手にできた・できなかった)
  - ない
- 動いて治療が難しい場合でも、押さえて治療してほしいと思いますか？
  - はい
  - いいえ
- 今までに大きな病気にかかったことがありますか？ (心臓・肝臓・腎臓・その他)
  - ある……具体的な病名は？ ( )
  - ない
- くすりや食べ物などのアレルギーはありますか？
  - ある……具体的には？ ( )
  - ない
- ケガや抜歯で血がとまりにくかったことは？
  - ある
  - ない
- 食事の時間は？
 朝食： \_\_\_\_\_ 時頃 / 昼食： \_\_\_\_\_ 時頃 / 夕食： \_\_\_\_\_ 時頃
- おやつについて
  - どんなものを食べていますか？ ……具体的に ( )
  - 1日に何回ですか？ ……a. 1回 b. 2回 c. 3回 d. 欲しがるときに与える
  - 与えないように特に気をつけているものはなんですか？ …… ( )
- ハミガキについて
  - 誰がみがきますか？ ……a. 自分 b. お母さん c. 自分でみがいて仕上げはお母さん d. その他
  - いつみがきますか？ ……a. 起床時 b. 朝食後 c. 昼食後 d. おやつ後 e. 夕食後 f. 就寝前

※治療に対する希望・その他

( )

どうもありがとうございました。 —スマイル歯科・矯正歯科—



☎ 03-3237-0757

診療日時	月	火	水	木	金	土	日
09:30 ~ 13:00	●	●	-	●	●	●	-
14:30 ~ 19:00	●	●	-	●	●	★	-

★14:00 ~ 17:00

休診：水曜・日曜・祝日・土曜午後

一般歯科・矯正歯科・小児歯科・口腔外科  
 インプラント・CT/マイクロスコープ完備  
 無痛治療・審美歯科・デンタルエステ  
 アンチエイジング・いびき治療・歯科ドッグ

