

予診票

サンファミリー歯科クリニック

予診票はよりよい治療を受けてい (ふりがな)
ただくための大切な資料になります (お子さまのご氏名)
す。プライバシーは厳守いたしま 年令 (オ)
すので、正確にご記入ください。 (学校名) 保育園・幼稚園
小学校・中学校・高等学校



(ご住所) 〒 _____

(ご自宅tel) _____

(携帯) _____

1. どうされましたか。(いつごろから・どこが・どんなふう)
2. 本日当院にお越しになられたのは。
(紹介されて・紹介者 / 近所・通りがかり)
3. 歯の治療は受けたことがありますか。(ない / ある)
4. 薬をのんで副作用があったことはありませんか。(ない / ある)
5. アレルギーや特異体質ではありませんか。(ない / ある)
6. 現在医者にかかっていますか。または、一年以 (はい / いいえ)
内に大きな病気にかかったことがありますか。(病院 科)
7. かかりつけの病院、薬局があればご記入下さい。
(・病院 ・薬局)
8. おやつの時間は決まっていますか。(決めている / 決めていない)
9. フッ素塗布などの虫歯予防処置を受けられたことがありますか。(ある / ない)
10. 普段から虫歯予防のために心がけていることはありますか。(ある・ /ない)
11. その他ご希望があれば何でもご記入ください。