



## 初めての来院票

以下の内容は予防成長管理と歯ならびのご相談やお口を拝見するための大切な情報になりますので、  
お手数ですがもれなくご記入ください。よろしくお願い申し上げます。

### ● 受診される方

ふりがな お名前	.....	性別 男・女	生年月日 年 月 日生	年齢 歳
ご住所	〒		ご自宅電話または携帯電話 - -	

### ● 保護者の方（受診される方が未成年の場合のみご記入ください）

ふりがな お名前	.....	続柄 父・母・（ ）
保護者の方のご連絡先		

#### ① 来院内容をお教えてください\*複数可

- 子どもの歯科健診    妊婦さんの歯科健診    おとなの歯科健診  
 子どもの歯ならび    おとなの歯ならび   その他（ ）

#### ② 歯科医院で予防歯科や歯ならびのご相談をされたことはありますか？

- いいえ   はい（  予防歯科    歯ならび ）

#### ③ 大きなご病気、感染症にかかった事がありますか？

- ない    ある「ある」にチェックをされた方はお手数ですが以下もご記入ください  
 病名（ ）  
 肝臓疾患    B型    C型   その他（ ）

#### ④ ご家族に以下の感染症にかかった事のある方はいらっしゃいますか？

- いらっしゃる場合だけご記入ください  
 肝臓疾患    B型    C型   その他（ ）

#### ⑤ ゴム、金属、お薬、食べ物のアレルギー、喘息はありますか？

- ない    ある「ある」にチェックをされた方はお手数ですが以下もご記入ください  
 ゴム    金属（種類： ）  
 お薬（お薬名： ）  
 食べ物（名称： ）  
 喘息（お薬は持参されていますか？  はい    いいえ）

#### ⑥ 気になることやご要望が御座いましたらご記入ください

#### ⑦ 当院をお知りになったきっかけをお教えてください

- 紹介（お名前または歯科医院名 様）    ホームページ    看板