予　診　表

H　　年　　月　　日

(フリガナ)

お名前

生年月日　平成　　年　　月　　日

ご住所　〒

お電話番号

紹介者　又は お聞きになった方	
どうなさいましたか	
歯医者は初めてですか	はい いいえ
特異体質やアレルギーは ありませんか	ない ある　1.　かぶれ易い　2.　じんましんができる　3.　喘息がある 4.　その他
その他特別なこと伝えて おきたいことはありませんか	
この機会に	この際に悪いところはすべて治したい 今痛んでいるところだけ治したい

当医院では、歯磨き技術の習得と食生活の改善を通じて
永久歯虫歯0(ゼロ)を目指した診療を行っております。
また、治療の苦手なお子様については、その子の気持ちを配慮し、
当医院に十分慣れたうえで、治療をはじめるようにしております。

山田歯科医院