

年 月 日		担当:		カルテNo.	
診 療 申 込				ノーブルデンタルクリニック仙台	
(フリガナ)		男 女	生年月日 (満 歳) 明・大・昭・平 年 月 日		
お名前	(愛称)				
ご住所	〒		お電話番号 () 携帯番号(緊急連絡先として) ()		
どうなさいましたか		☐ 虫歯の予防 ☐ 虫歯の治療(痛んでいる・痛みはない・腫れた) ☐ 歯並びの治療 ☐ その他()			
当院をお知りになった理由		☐ 知人・家族からの紹介(ご紹介者名:) ☐ 看板を見て ☐ 電話帳を見て ☐ ホームページを見て ☐ その他()			
前回歯科治療を受けられたのは?		年 月前 ☐ 歯医者とは初めて			
その時のお子様の状態は?		☐ おとなしくしていた ☐ 泣いたりあばれたりして治療ができなかった ☐ 泣いたががまんして治療させた ☐ その他()			
診療についてご希望があれば		☐ 痛いところだけなおしてほしい ☐ 悪い歯を全部なおしてほしい			
予約についてご希望があればお書き下さい		●来院できる時間帯 ☐ 午前 時頃 ☐ 午後 時頃 ●来院できる曜日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日			
現在他のお医者さんにかかっていますか?		☐ いる (氏名) ☐ いない (住所)(どんな病気を)			
今までにかかった病気は?		☐ ある (歳頃) ☐ ない (疾患名)			
医師から使用にあたって注意するようにいわれた薬はありますか?		☐ ある () ☐ ない			
現在飲んでいる薬はありますか?		☐ ある () ☐ ない			
以前に歯を抜いたことがありますか		☐ いいえ ☐ はい →その時以上はありましたか? ☐ 気分が悪くなった ☐ 血が止まりにくかった ☐ その他()			
その他、今までの治療で嫌だったことやご希望がございましたら、ご記入下さい					