

小児歯科予診表

長瀬歯科医院

045-896-2323

ふりがな 氏名 (男の子・女の子)	生年月日 平昭明大 年 月 日
保護者名	電話
ご住所	携帯
当院からの連絡がある場合、ご連絡してもよろしいですか？ はい いいえ	

該当する項目にチェックして下さい。 ※診療の為の大切な参考資料です。出来るだけ正確に記入して下さい。

今日はどうなさいましたか？

むし歯 歯の清掃希望 検診

詰め物が取れた 歯並び

その他 ()

それはどこですか？

右上	前上	左上	→ (具体的には…)
右下	前下	左下	

全部 その他

●痛みはいつ頃からですか？(痛みがある方)

今日 () 日前 () カ月前 その他 ()

お子様は今までに歯科の治療を受けたことがありますか？ ある ない

今までに大きな病気をしたことがありますか？ ある 病気 ()

いいえ

現在通院していますか？ はい 病院 ()

いいえ

食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？ ある ない

保護者の方から見て気になる所はございますか？

長瀬歯科医院 045-896-2323

〒247-0013 神奈川県横浜市栄区上郷町1369-3

診療時間／月～水・金

9:00～12:00／ 14:00～19:00

土

9:00～12:00／ 14:00～17:00

休診日／木曜・日曜・祝祭日

最寄駅／●大船より金沢八景行きバス、“八軒谷戸”下車すぐ

●港南台より上郷ネオポリス行き、“中島”下車徒歩5分

●金沢八景より大船行きもしくは上郷ネオポリス行き、“八軒谷戸”下車すぐ

