

受付日 カナ
年 月 日 氏名

年齢

電話等対応した人
DA/DH

住所(所在地)		
電話番号	携帯	自宅
症状	いつから	
	痛み	
	部位 (その他)	
移動手段	徒歩 自転車 車	付き添い (無・有) 付き添い人 ()
紹介	ネット/紹介者	
予約日時	月 日(:)	

持参してもらうもの

- ・保険証 (障害者手帳などお持ちなら)
- ・お薬手帳
- ・マイナンバーカード

他院に行ってるのか

セカンドオピニオン

伝えておきたいこと

当院の場所わかるのか確認

前回、歯医者にかかったのはいつか

キャンセル待ちの電話をしていいのか

ダメな曜日 時間

()

※当日、来院の際に風邪症状等あれば日にち変更してもらう