



우리들 치과병원에 오신것을 환영합니다. 효과적인 진료를 위한 설문지를 작성해주세요.

성 명 :	주민번호	-
주 소 :		
연락처 :		

1. 저희 치과를 어떻게 알고 오셨나요?

- 소개 (성함 :)
- 지도검색 SNS 집 or 직장이가까워서
- 소문듣고 기타 ()

2. 상담을 원하시는 부분을 모두체크 해주세요.

- 스켈링 충치치료 통증 보철치료
- 임플란트 발치(치아를) 치아미백
- 기타 ()

3. 최근 1년이내 치과에 방문하신 경험이 있습니까?

- 예 (방문이유 :)
- 아니오

4. 다음과 같은 전신 질환이 있는 경우는 반드시 체크해 주십시오.

- 고혈압 저혈압 심장질환 간질 당뇨병
- 뇌졸중 위장질환 고지혈증 갑상선질환
- 결핵 신장질환 정신질환 간질환(간염 등)
- 류마티스성질환 임신(개월) 출산(개월/모유수유여부 예,아니오)

개인정보수집동의

우리들 치과병원에서는 고객관리, 진료이용을 목적으로 법률상 규정에 의해 성명, 주민번호, 연락처 등의 정보를 수집하고 있습니다. 개인정보의 수집은 위와 같은 목적을 위해 수집하며 이외의 목적으로는 사용되지 않습니다.

개인정보보호법 등 관련 법규에 의거하여

상기 내용과 같이 개인정보 수집 및 활용에 합니다.

2021년

월

일

성명
