

診療申込書

年 月 日

ふりがな :

氏名 : 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

〒 : -

住所 :

電話番号 : 携帯電話(緊急連絡用)

Eメール :

職業 : 来院可能日 月 火 水 木 金 土

あてはまる箇所□にいくつでも「レ」をつけて下さい。

当院をどのように 知りましたか	☐ 紹介されて(紹介者名:) ☐ 看板 ☐ 電話帳 ☐ ちらし ☐ インターネット(ホームページ・携帯電話)を見て ☐ 評判を聞いて ☐ その他()
どうなさいましたか	☐ むし歯(痛みが ある・ない) ☐ 口腔癌検診 ☐ 治療した物がとれた ☐ 無呼吸症候群 ☐ インプラント ☐ 歯ぎしり ☐ 歯周病(歯肉の腫れ・出血) ☐ 歯を白くしたい ☐ クリーニングしたい ☐ 歯並びが気になる、直したい ☐ 口臭が気になる ☐ セカンドオピニオン ☐ 入れ歯の修理 ☐ その他 ☐ 入れ歯があわない、壊れた、新しく作り直したい ☐ 定期検診 ☐ 顎関節症(顎の調子が悪い・口が開かない・音がする・顎が痛い) ☐ 舌が変、痛い、異常を感じる、味覚がおかしい

裏面もご記入ください

