

問 診 票

◆ 基本情報

フリガナ		男 女	生年月日	
お名前			大・昭・平・令	年 月 日 (満 歳)
ご住所	〒	お電話番号 ()		
		携帯番号 - -		
メールアドレス				
ご記入いただいたメールアドレスを予約通知メールサービスにご登録しますか? <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない				

■【あかり歯科クリニック審美ホワイトニング】を知ったきっかけは何ですか

知人・家族からの紹介 (ご紹介者様のお名前:)
 建物を見て HP Instagram パンフレット 電車広告
 その他 ()

■ どうなさいましたか (複数回答可)

歯を白くしたい 歯並びが気になる
 自分の歯と差し歯や詰め物の色が違うのが気になる
 その他 ()

■ 今までにホワイトニングをされたことはありますか

あり なし
 ありにチェックをされた方はそのときの内容をご記入ください
 (内容:)

■ 日常生活における嗜好品について教えてください

喫煙 (1日 本) コーヒー/紅茶/お茶 (1日 杯)
 赤ワイン (1日 杯)

■ 次のようなことがありますか

妊娠・授乳中である はい いいえ
 アレルギー なし ある (具体的に:)
 全身疾患 なし ある (具体的に:)

■ ご要望・ご質問などがございましたらご記入ください

ご記入ありがとうございます。

