

登録情報

受付申込年月日	年	月	日				
フリガナ	明・大			血液型	型		
氏名	(男・女)	昭・平	年	月	日生	満才	
〒住所				TEL			
メールアドレス							
職業又は勤務先				TEL			

* 当該箇所に○、及び詳細をご記入ください（複数回答可能）

・当クリニックを何で知りましたか？

- ・ご紹介（家族・知人）
ご紹介者名 _____ ・クリニックを利用中
- ・インターネット
当クリニックのHP、ブログ、Facebook、その他 _____
- ・広告
新聞折り込みチラシ、パンフレット、その他 _____
- ・その他
具体的に _____

・来院された理由

- ・予防歯科検診を希望している
- ・予防歯科精密検査を希望している
- ・定期検診を希望している
- ・フッ素塗布を希望している
- ・歯のクリーニングを希望している
- ・歯科保険外診療を希望している
- ・矯正相談を希望している
- ・インプラント相談を希望している
- ・審美・ホワイトニング等を希望している
- ・栄養療法を希望している
- ・その他
具体的に _____

・検診で治療が必要な疾患が見つかったとき

- ・保険診療での治療を希望
- ・保険外診療での治療を希望
- ・なるべく保険で、一部自費でもよい
- ・治療を希望しない

* その他特に承っておくことがありましたらお書きください。