

FAXお申込用紙

名前 _____ 年齢 _____ 男性・女性
 〒 _____ 住所 _____ 職業 _____
 電話番号（自宅） _____ (勤務先) _____
 ご紹介者名 _____

①以下のいずれかにチェックを入れて下さい。

- 資料請求・・・・・・・・・・・・・・②へお進み下さい
- 診療お申し込み・・・・・・・・・・・・③へお進み下さい

②資料は¥10,500(税込み)となっております。

お支払い方法をお選び下さい。

- 現金書留
- 振込 ※振込先は用紙の一番下をご覧ください。
 ※ご入金の確認が出来次第発送いたします。
 ※資料請求をしてくださった方が診療をお申し込みされる場合は、初診費用から資料代をお引きします。

③診療をお申し込みの方は電話にて来院日の予約をされた後、初診費用¥105,000(税込み)をお振込下さい。

- ※振込先は用紙の一番下をご覧ください。
- ※ご入金確認により予約確定となります。また、初診キャンセル料は¥52,500(税込み)です。

診療をお申し込みの方は以下にもお答え下さい。

質問事項	お答え（該当の数字を○で囲んで下さい）
来院理由	1.予防 2.治療 3.矯正 4.セカンドオピニオン
どこが痛みますか	1.前歯 2.奥歯 3.歯ぐき 4.顎関節
いつから痛みだしましたか	1.今日 2.昨日 3.() 日前から
痛みの様子	1.時々痛い 2.ズキズキ痛い 3.シクシク痛い 4.噛むと痛い 5.しみる
以前、歯を抜いた時の異常	1.なかった 2.出血 3.発熱 4.麻酔がきかなかった 5.貧血
健康状態	1.良好 2.普通 3.悪い 4.妊娠中
血圧	1.正常 2.高い 3.低い
体質	1.正常 2.アレルギー体質
今までにかかった病気	1.心臓病 2.腎臓病 3.肝臓病 4.糖尿病 5.リウマチ 6.その他 ()
一日の歯磨き回数	1.一回 2.二回 3.三回 4.四回以上

振込先 三菱東京UFJ銀行新橋駅前支店 普通4979911 岩田有弘（イワタアリヒロ）