



ご記入をお願いいたします

お名前 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____
ふりがな _____

住所 〒 _____

家族構成 (年齢も) _____

電話番号 (ご自宅) _____ 携帯 _____

ご職業 _____

* 当オフィスを何でお知りになりましたか? ○をつけてください (いくつでも)

ホームページ ちらし ショップカード 知人からの紹介

病院や医療関係者からの紹介 (_____)

その他 (_____)

いつごろから、どのような症状でお困りですか _____

現在飲んでいるお薬 _____

アレルギー反応や薬、治療の副作用でお困りになられたことがおありですか _____

これまで行かれた病院がありますか _____

カウンセリングを受けられたことがありますか _____

過去に大きな病気や怪我をされたことがありますか _____

当オフィスでの治療のご希望をお願いいたします

* その他、話しておきたい事、気を付けてほしいことなどございましたらお願いいたします。



メディカルパレット
デンタルオフィス & カウンセリングオフィス