

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別： 男・女
〒 _____

ご住所： _____

メールアドレス： _____ @ _____ 電話： _____

●1年保証について、どちらかに○印を入れて下さい。（※付ける際は、模型、画像撮影が伴います）

1年保証を… 付ける ・ 付けない

※セラミック審美治療を、成功に導く…3ステップ

●ステップ1.

あなたが、ご自分の歯に対して、現在、抱いている「不満」「不安」「お悩み」は、何ですか？

●ステップ2.

その問題を解決する為に、今までにどのような、「解決するための方法」を検討しましたか？

●ステップ3.

審美治療を終えて、あなたが得る事の出来る、「新しいイメージ」は、どのようなものですか？
出来るだけ具体的にお願いします

●その他の確認事項

1. 以下に該当する所があれば、○で囲んで下さい。

歯ぐきから出血する 歯が浮いたりグラグラの歯がある 口や喉が良く渴く 口内炎が出来る 口が粘る
口が苦いと感じる 舌の表面に苔が付く タバコを吸う 高血圧 糖尿病 心臓疾患 喘息 アレルギー
肝炎 血友病 躁うつ病 神経症 その他：

2. その他、診療に対するご希望、特別に配慮してもらいたいご要望など