

▲
F A X フォームよりお問い合わせ



FAX : 0172 - 39 - 4188

20 年 月 日

ふりがな	電話番号	
お名前	年齢 歳	性別 男性・女性

Q1. 問題となっている項目に○をして下さい。(複数回答可)

虫歯 歯周病 歯の着色 差し歯 入れ歯
ホワイトニング インプラント 歯や口の中の怪我
舌 歯肉 ほっぺた 口内炎 口の乾燥 矯正
予防について 在宅/施設への往診について

その他

Q2. 今現在どのような状態でしょうか？(わかる範囲でお願いします。)

Q3. いつごろからですか？(わかる範囲でお願いします。)

Q4. お問い合わせ内容をお書きください。