

20____年____月____日

氏名 _____ 男 ・ 女 _____ 才 職業 _____

御自宅住所 〒 _____

御自宅電話 _____ 携帯 _____ FAX _____

勤務先名 _____ 電話 _____

勤務先住所 _____

次のドックを希望します

※ 希望する項目にチェックしてください。

基本ドック

<オプション>

- | | |
|---|--|
| ① <input type="checkbox"/> 歯周病の精密診査 | ⑤ <input type="checkbox"/> 金属アレルギーパッチテスト |
| ② <input type="checkbox"/> 歯周病菌検査 | ⑥ <input type="checkbox"/> 使用金属の成分分析 |
| ③ <input type="checkbox"/> 口臭測定 | ⑦ <input type="checkbox"/> 歯の審美相談 |
| ④ <input type="checkbox"/> 虫歯菌検査（2種類）、唾液の検査 | ⑧ <input type="checkbox"/> 詳しい健康相談 |

※ 他にご希望やご質問があれば、なんでもご記入ください。
