

「パーフェクトペリオ／ラプチャー」問診票

注文日 年 月 日

お客様情報	
お名前	生年月日
フリガナ 様	年 月 日生まれ 満 歳
住所	
フリガナ	
〒	
TEL	FAX

問診内容			
アレルギーについて	ある ()		ない
歯ぐきの腫れ	多い	少ない	ない
歯ぐきの出血	多い	少ない	ない
歯ぐきのうずき	強い	弱い	ない
歯のぐらつき	多い	少ない	ない
口の中のネバネバ	多い	少ない	ない
口臭	多い	少ない	ない
虫歯の大きさ	大きい	小さい	ない
虫歯の痛み	強い	弱い	ない

注文内容		
商品名	金額	注文本数
パーフェクトペリオ／ラプチャー [pH7.5±0.5/250±50ppm]	1本 2,000円(税込)	本

◆福井英歯科

〒910-0858 福井県福井市手寄1丁目10-10

TEL. 0776-24-1357

◆永平寺英歯科

〒910-1326 福井県吉田郡永平寺町牧福島17-11-1

TEL. 0776-64-3207