

問診表

9) タバコは吸いますか？

いいえ はい→1日に 本

10) 歯磨きは1日何回、どのタイミングで行いますか？

1回 2回 3回 それ以上

起床時 朝食後 昼食後 夕食後 寝る前 その他 () (複数チェック可)

11) 何を使って歯磨きをされていますか？(複数チェック可)

歯ブラシ 電動(音波)歯ブラシ フロス(糸ようじ) 歯間ブラシ タフトブラシ(1毛)

12) 治療範囲についてのご希望をお聞きます。

悪い歯は全部治したい

急用なので、今痛んでいる歯のみ治したい

よくわからないので、説明を聞いてから決めたい

13) 治療についてのご希望をお聞きます。

どのような場合でも、全て保険治療の適応範囲内で治したい

基本は保険治療で行い、保険がきかない所や保険で質の良い治療を行うのに限界がある所は
自費治療についても説明を聞きたい

金属など身体に負担のあるものは使用せず、身体に優しい良質な材料と長持ちする治療方法で治したい

14) 治療回数や期間についてご希望はありますか？

通常の治療ペースで可能

回数はかかっても1回の治療時間を短くしてほしい

多忙or遠方なので、なるべく時間をかけて一度に治療をしてほしい

留学・結婚・転勤予定()頃なので、()年 月中)までに治してほしい

15) ご都合のよい通院希望日、時間はありますか？

いいえ はい→()曜日 ()時頃

16) 歯のクリーニングや、歯科衛生士による予防処置を希望しますか？

はい いいえ

17) 他にになにか伝えておきたいことがありましたらご記入下さい。

☆保険証提示のお願い☆

医療機関では、厚生労働省の決まりにより健康保険証の確認をすることが義務づけられています。
初診時と毎月初回の受診時、保険証が変わった時等は必ずご提示していただくようお願い致します。