

診療アンケート

□	□	□	□
---	---	---	---

■ 治療方法について ご希望の治療方法について下記に○で囲んでください。			
治療するところ	痛い所だけ	相談しながら	悪いところは全部
通院のペース	とにかく早く	相談しながら	じっくりしっかり
保険治療と自費治療	保険だけで	相談しながら	自費も提案して欲しい
唾液検査に興味ありますか？	はい	いいえ	唾液検査とは虫歯や歯周病、口臭のリスクを調べる簡単な検査です

■ 生活習慣について 下記についてご記入または○で囲んでください。 ※治療や予防計画に大切な判断材料になりますのでご記入ください。	
歯みがきをするタイミング	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 ※1回[]分程度
使うもの	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他 []
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [1日 本]
習慣的に飲む物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [コーヒー・ワイン・その他]
間食について	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 規則正しくとる <input type="checkbox"/> 不規則にとる

■ 当院について 下記についてご記入または○で囲んでください。 ※今後も患者さんにより良い治療を目指していますので教えてください。			
来院された理由は何ですか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 近い <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 友人から聞いて	<input type="checkbox"/> 雰囲気良さそう <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 評判を聞いて	<input type="checkbox"/> HPを見て <input type="checkbox"/> 内覧会を見て <input type="checkbox"/> 紹介
紹介者名			
その他ご要望			

ご記入ありがとうございます。お近くのスタッフまでお渡しください。