

治療希望アンケート

No.

年 月 日

担当:

お名前

くすのき歯科医院では、一人一人のご希望に合わせた治療が提供できるよう心掛けています。お手数をお掛け致しますが、治療を始める前に下記アンケートにお答えください。

Q.1

あなたが治療で重視されることは何ですか？
A～Dの4つの項目において、優先する順番をお答えください。

A

- **健康**: バランスよく噛めること
- 歯の噛み合わせのバランスは、お口の中だけでなく体全体の健康にも影響があります。

B

- **うつくしさ**: 天然歯のように自然に美しく
- 詰め物や人工歯を使用する場合、治療に使用する素材により、仕上がりが異なります。

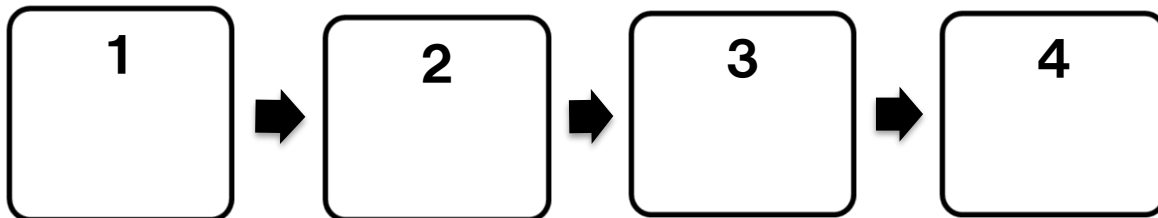
C

- **耐久性**: 治療した歯が長持ちすること
- 使用する素材や機器、治療方法や治療にかかる時間などにより、治療の制度に差が出ます。

D

- **安全性**: 全身への影響が少ないこと
- 金属アレルギーなど体質によっては、治療に使用する素材が影響することがあります。

上記 A ~ D を優先したい順番に並べてください



Q.2

どんな治療をご希望ですか？
該当するものを一つ選び、チェックを入れてください。

(a) 上記項目より、費用が少ないことを最優先させたい

(b) 上記項目を考慮し、治療の説明や費用に関する説明を聞いてから治療を選択したい

(c) 治療費用に関わらず、自分の状態に合わせた最適な治療を提案してほしい

★ご協力ありがとうございました★

医療法人社団 志友会 くすのき歯科医院
東京都大田区西糞谷4-27-10 守田ビル3F
Tel: 03-3743-2777 Fax: 03-3743-2888