

8. 過去に歯科治療で大変な思いをしたことはありますか。 はい いいえ
「はい」の方は具体的にお答えください。

9. 女性のみお答えください。
現在、妊娠中ですか。 はい (妊娠 週) いいえ

現在、授乳中ですか。 はい (乳児の年齢: 月) いいえ

10. 当病院での治療に関してご要望や質問があればお書きください。
例: 自由診療を含めて相談したい。できるだけ保険診療で治療して欲しい。
とりえず気になるところだけ治してほしい。など

下記設問についても必ず記入して下さい

11. 1日の歯磨き回数は何回ですか。 _____ 回

12. いつ磨きますか。 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前

13. よく飲む飲み物がありますか。
 はい (炭酸飲料 ジュース その他(_____))
 いいえ

14. 間食は取られますか。 はい (規則的 不規則) いいえ

15. 歯磨きの時に使用している道具はどれですか。
 歯ブラシ 糸ようじ(フロス) 歯間ブラシ 電動ブラシ

16. タバコはお吸いになられますか。 はい いいえ 過去に吸っていた

17. 睡眠時間はいかがですか。 十分 やや不足 不足

18. 歯磨の方法を習ったことがありますか。 はい いいえ

19. その他口腔管理のために行っている習慣はありますか。

太枠内の内容については(歯科医師が)コンピューターに転記させていただきます。予めご了承ください。

オンライン資格認証について

20. マイナ保険証による診療情報に同意しますか。 はい いいえ

21. この1年間で健康診断を受診しましたか。 はい いいえ

*当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ご記載ありがとうございました、署名をお願いいたします。

ご署名欄 : _____

代筆: _____ 本人との関係: _____