



あなたは次のどのことが気になりますか？ チェックして下さい。

- 清潔さ  歯の汚れ  ヤニ  歯石  口臭  
 歯茎が赤い  腫れている  時々出血する
- 美しさ  歯の色  歯の形  歯の隙間  かぶせた物の色  
 かぶせた物の形  歯茎の色  歯茎の形
- 歯の並び  全体の並びが悪い  上の歯が出ている  下の歯が出ている  
 かみ合わない  笑った時の歯と歯茎の見え方

歯科の治療には様々な選択肢があり、下記の項目は治療方法を決定する大事な要素です。

全てを満たすことが理想ですが、材料や技術的な制限があります。

出来る限り要望にお答えしたいと考えていますので、下記の中からあなたにとって重要であると思う項目に順番をおつけ下さい。

- A 美しさ**  
きれいな歯並びや白い自然な歯。義歯とわからない歯。
- B 噛む力**  
自然な歯と同じように噛める。
- C 安全性**  
金属アレルギーや歯茎の変色。糖尿病や心臓疾患、脳卒中など。
- D 丈夫さ**  
作成した歯が長く保つ。壊れない。外れない。
- E 再び悪化しにくさ**  
虫歯や歯周病の再発を出来るだけ防ぐ。
- F 快適さ**  
の中で違和感を出来るだけ感じない。

順位	A～F
1位 ⇒	
2位 ⇒	
3位 ⇒	
4位 ⇒	
5位 ⇒	
6位 ⇒	

治療の方法についてご希望を伺います。以下の項目にチェックしてください。

- 保険内で治療したい。
- 出来るだけ保険を使い、上記の項目を満たすなら自費治療についても詳しい説明と費用を聞いた上で、自分で治療法を選択したい。
- 出来る限り上記の項目を多く満たす最善の方法を説明と費用を聞いた上で、自分で治療法を選択したい。

ご希望がございましたらご記入ください（いくつチェックしても可）

- この機会に悪いところは全部治したい
- 痛いところだけ・希望するところだけ治したい
- 転勤や引っ越しなどで\_\_\_\_\_月までに治療を終わらせたい
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

通院されるのに、ご希望の曜日・時間帯を、第①・②・③希望まで下記の表にお知らせ下さい。

その他に、通院が可能な曜日・時間帯があれば、○を付けてお知らせ下さい。

	月	火	水	木	金		土
9:30～12:00						9:30～12:00	
15:00～16:00						14:00～17:30	
16:00～17:00							
17:00～18:00							

お子様と一緒に来られますか？

- はい ⇒ 名前（ \_\_\_\_\_ ）年齢（ \_\_\_\_\_ 歳）性別（男・女）
- いいえ