

スマイル・チェックシート

※わかるところをチェック、またはご記入ください。

1. あなたは次のどのことが気になりますか？

- 口臭 着色・茶しび 歯の汚れ 歯の色 歯石 時々出血
歯の形 歯のすき間 その他()

2. ホワイトニング(歯を白くする)に興味がありますか？

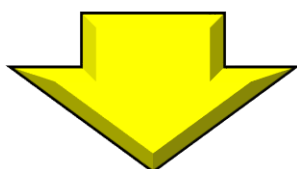
- はい いいえ わからないので説明して欲しい

3. 普段の習慣について

- フロスや歯間ブラシ等補助用具を使用している 洗口液を使用している
よくガムを噛んでいる 習慣的に飲むものがある(品名:)

4. 下記項目に関して、治療で重視されることを重要な順にお答えください。

- ① 健康面・機能性…再発リスク、咬み合わせなど
- ② 耐久性…長持ちするかどうか
- ③ 審美性(見た目)…自然な見た目か、変色しないか



最も重要なのは？ → ()

2番目に重要なのは？ → ()