

アンケートにご協力ください

No. _____

お名前 _____

当院では、可能な限り患者さまの優先順位に基づいた治療法のご提案をさせていただきます

治療に関する優先順位

“最も”優先したい項目を教えてください ()

- A. 歯の健康(治療の長持ち)
- B. 審美性(見た目の美しさ)
- C. 来院回数、治療期間を少なく
- D. 治療費を抑える
- E. その他(_____)

治療内容について

各項目どちらかに をお願いします

1. 悪いところは全て治したい 気になるところだけ治したい

2. 治療を進める前に治療計画を立て説明を十分に聞きたい

(初診時は検査・説明を主に行い、治療は仮詰めなどの応急処置となる場合があります)

その都度、治療部位の説明があればよい

来院可能な診療時間・曜日について

来院可能な日時“全て”に 、 をお願いします

: 基本的に来院可能(希望の日時)

: 状況により来院可能

	月	火	水	木	金	土
朝 10~13時						9~12時
昼 14~17時						12~15時
夜 17~19時						

よりスムーズにご希望に沿ったお約束をお取りするためのアンケートです。ご予約日時を確定するものではありません

〈来院回数、来院期間を短縮したい方へ〉

夜のお時間・土曜日はアポイントが集中し、ご希望に沿うお約束が取りづらくなっております

平日の朝、昼の時間帯は比較的スムーズにお取り出来ますので、来院可能であればご検討ください