

歯科治療のご希望事前確認シート

お名前 _____

歯科治療を行うにあたり、現時点でのご希望を確認し、患者さまにとってより納得できる治療を実現するためにご協力をお願いします。

これから受ける歯科治療について、あなたが優先したいと思う順序をお答えください。

優先したい順に①～⑤の番号を()内にご記入ください。

- () 金属アレルギーなどの心配がなく身体に安全であること
- () 虫歯や歯周病など治療したところが出来るだけ再発しにくいこと
- () 見た目がきれいで自然であること
- () 被せ物や詰め物などの修復する材料の耐久性が高く長持ちすること
- () 天然の歯のように自然な噛み心地であること

保険が適応になる治療と保険がきかない自費治療のことをよくご存じですか？ 該当するものを1つだけ してください。

- なんとなくイメージできる よく解らない よく知っている

歯科治療には複数の治療法がありますが、あなたが選択する際に希望することを1つだけ してください。

- 費用は少ない方がありがたいが、歯科治療のことはよくわからないので、治療費とともに治療の違いについて説明を受けてから決めたい
- 私にとって最善だと思える治療法を中心に専門家から説明を受けたい
- とにかく治療にかかる費用が少ないことが重要である