

# 歯科アンケート

病棟名： \_\_\_\_\_ 患者様氏名： \_\_\_\_\_ 様

1. 歯科検診を希望しますか(無料) はい ・ いいえ
2. 歯科治療を希望しますか(有料) はい ・ いいえ

「はい」と答えた方は、希望される治療にチェックをしてください

- 虫歯の治療                       歯石除去および口腔内清掃  
 入れ歯の調整、修理       新しい入れ歯の作成

※義歯作成参考費用 保険診療 上下で5,000円～20,000円程度  
自費作成の場合の金額は、歯科までお問い合わせください。

☆歯科診療は、ご家族並びに担当医と相談の上進めさせていただきます。  
治療の方針について、ご家族に連絡を取らせていただく場合があります  
ので、連絡先を下記に記入ください。目的以外には使用しません。

氏 名： \_\_\_\_\_ (続 柄： \_\_\_\_\_ )

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

※希望の連絡時間 \_\_\_\_\_

◎その他、ご希望、ご質問は歯科までお願いいたします。

清瀬リハビリテーション病院 042-493-6111