CoolBright-Ultimateホワイトニングアンケート

お名前: _____　年齢: _____歳　性別:　□女性　□男性

＜ホワイトニング前の質問です＞

１、歯の治療経験について
□前歯上下１０歯について治療経験はない。 □上下１０歯について治療経験がある。 □上下１０歯に 差し歯がある。 □知覚過敏と診断されたことがある。 □歯周病と診断されたことがある。 □虫歯がある。
□口内炎がある。

２、他の医院でのホワイトニングの経験について
□経験はない。 □ホームホワイトニングを経験した。□オフィスホワイトニングを経験した。 □ホワイトニングの経験は1年以内。 □ホワイトニングは1年を超えた期間に経験。

３、他の医院で経験がある場合のホワイトニングについて
□白くなって満足だった。 □痛かった。 □沁みた。 □長時間で疲れた。 □値段が高かった。
□すぐに戻った。 □思いどうりの白さにならなかった。

４、生活習慣について該当にチェック願います。
□喫煙はほとんど毎日。 □飲酒はほとんど毎日。 □コーヒーはほとんど毎日。 □紅茶はほとんど毎日。
□カレーは月に1回以上。

５、当院でのホワイトニングの経験について
□経験はない。　□ホワイトニングの経験は1年以内。 □ホワイトニングは3カ月以内。

＜ホワイトニング後の質問です＞

１、今回のホワイトニング効果について
□とても満足　□満足　□普通　□不満足　□とても不満足

２、今回のホワイトニングについて
□痛かった。 □沁みた。 □長時間で疲れた。 □値段が高かった。

３、ホワイトニング後について
□心配ない。 □戻りが心配。 □当院専用のメンテナンス用アフターホワイト歯磨きに興味がある。

４、次回のホワイトニングについて
□また受けたいと思う。 □まだ分からない。 □受けるつもりはない。

５、他の歯科治療でのご相談をお記入ください。
_____

＜今回のホワイトニング結果に対するご意見、ご感想をご記入願います＞

ご協力ありがとうございました。

クリニック記述欄

施術日: _____ 分間　特記: _____
照射時間: _____

前 _____
後 _____