

アルティメットホワイトニング、知覚過敏、疼痛、熱さの調査

当院では開院当初より多くの方がホワイトニングを受診され喜んでいただき感謝しています。
この今後のホワイトニングに関するより快適な施術の確立、学術研究を目的としてホワイトニングに関する“歯が沁みる”などの知覚過敏、疼痛、熱さなどのアンケート調査を決定いたしました。

つきましては下記のアンケートにご記入のご協力をお願いいたします。

お名前： _____
 性別： 女性 男性
 年齢： _____歳
 施術日：平成____年____月____日

<調査対象歯と歯茎>上顎10、下顎10歯とその歯茎について知覚過敏、疼痛、熱さについてです。

<歯の知覚過敏>

冷たい飲食、冷たい空気を吸った時などに歯が沁みて(知覚過敏)ズキズキすることがあります。
想像できる最悪のズキズキを10点とし、全く気にならない場合を0点とします。

<歯または歯茎の疼痛>

歯または歯茎は気づかない虫歯、歯周炎、“噛みしめ”などでもズキズキなどの痛みが発生する場合があります。
想像できる最悪のズキズキを10点とし、全く気にならない場合を0点とします。

<歯または歯茎の熱さ>

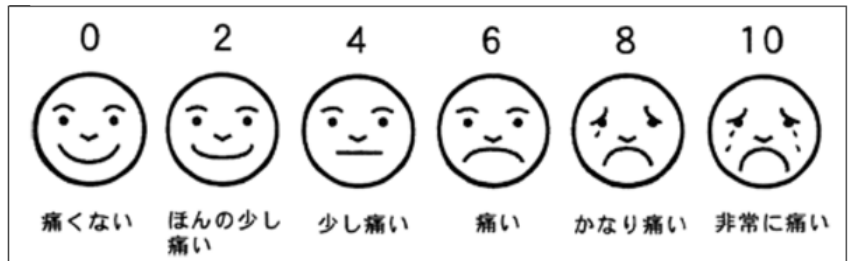
熱い飲食で歯、歯茎に熱さを感じます。想像できる最悪の熱さを10点し、全く気にならない場合を0点とします。

<スケール評価点数の基準>

10点：想像できる最悪の状態

0点：全く気にならない

として各評価項目の評価点数を決定してください。



<評価のご記入>

評価点数スケールの□に
 チェックしをご記入をお願いいたします。

<普段の歯の沁み>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	3	4	5	6	7	8	9	10
<術中、術後の歯の沁み>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	3	4	5	6	7	8	9	10
<普段の歯・歯茎の痛み>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	3	4	5	6	7	8	9	10
<術中、術後の歯・歯茎の痛み>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	3	4	5	6	7	8	9	10
<普段の歯・歯茎の熱さ>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	3	4	5	6	7	8	9	10
<術中、術後の歯・歯茎の熱さ>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	3	4	5	6	7	8	9	10

<施術に対するご意見、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。

ホワイトニング施術者名： _____

アンケート担当者名： _____