

安全・安心な歯科診療の環境整備に関する患者の意識調査 患者票（案）

問1. あなたご自身のことについて、おたずねいたします。

(1) 性別

1. 男性

2. 女性

(2) 年齢

() 歳

(3) あなたは、歯科以外の治療を受けていますか。 ※○は1つ

1. ある 2. ない → 問2へ

(3) - 1 それはどのようなご病気ですか。 ※あてはまるものすべてに○

1. 脳血管系の病気（脳こうそく、脳出血など）
2. 心血管系の病気（高血圧症、狭心症などの心臓病）
3. 代謝系の病気（肝炎、糖尿病など）
4. 呼吸器系の病気（気管支ぜんそく、肺結核など）
5. その他（ ）

ここからは、本日あなたが受けた歯科診療についておこたえください。

問2. 本日あなたが受けた歯科診療について、おたずねいたします。

(1) 本日、あなたがかかったのは、診療所もしくは病院のどちらですか。 ※○は1つ

1. 診療所（施設名が「～診療所」、「～クリニック」、「～医院」となっています）
2. 病院（施設名が「～病院」となっています。ただし、大学歯学部附属病院や歯科大学病院は除きます。）
3. 大学歯学部附属病院または歯科大学病院

(2) 本日受けた治療内容は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○

1. むし歯治療（歯を削る、歯の神経を取るなど）
2. 歯周病・歯槽のうろう治療（歯石除去・手術など）
3. 失った歯の治療（ブリッジ・入れ歯など）
4. 抜歯
5. 歯科矯正
6. その他（具体的に ）