【スマイル・チェックシート】

1．あなたはご自分の歯を残すために、定期的なクリーニングを受けたいと思いますか？

□はい　　□いいえ

その理由は？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2．あなたはご自分の歯並びにどの程度満足していますか？

□非常に満足している　□やや満足している　□ふつう
□やや不満　□不満

3．歯並びが日常生活にどのような影響を与えていますか？（複数回答可）

□食事がしにくい　□発音に問題がある　□自信が持てない
□特に問題はない　□その他

（その他の方は具体定に記述してください）

4．過去に歯列矯正を受けたことがありますか？

□はい　　□いいえ

5．歯並びを改善するためにどのような対策を講じていますか？（複数回答可）

□定期的な歯科訪問　□歯列矯正を検討中
□特に何もしていない　□その他の治療や対策を行っている

（その他の方は具体定に記述してください）

6．将来的に歯並びの治療や改善を考えていますか？

□はい、積極的に考えている
□いいえ、考えていない
□考え中

7．あなたは次のどこが気になりますか？

（クリーン）
□口臭　□ヤニ　□歯の汚れ　□歯石　□歯茎の赤み
□歯茎の腫れ　□出血する

（ビューティー）
□歯の色　□歯の形　□歯のすき間　□被せ物の色
□被せ物の形　□歯茎の色　□歯茎の形　□詰め物の色

8．ホワイトニング（歯を白くする）に興味ありますか？

□ある
□わからないので説明してほしい
□ない