

< 歯科健診キャンペーンアンケート（かかりつけ医用） >

1. 受診日及び歯科医院名を教えてください。(必須)

受診日： 令和 年 月 日

歯科医院名：

2. 受診して虫歯や歯周病等がみつかりましたか。(必須)

虫歯あり 虫歯なし その他 ()

2. 虫歯等があった方に質問です。(必須)

その後、治療を開始しましたか？

開始した 開始していない (理由：)

3. 歯科健診は、どのくらいの頻度で実施していますか？(必須)

半年ごと 1年ごと 1年以上 (年に1回)

4. 保健事業としてやってほしい事業はありますか？

(自由記載)

会社名：

事業場：

氏名：

保険証番号（保険証の右上部に記載してある番号）：

ご協力ありがとうございました。