

< 歯科健診キャンペーンアンケート（かかりつけ医用）2021 >

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（ ）

3. 歯科健診・クリーニングは、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 その他（ ヶ月・年 に1回）

4. 現在、使用されている歯科製品はどれですか。（複数回答可）（必須）

ハミガキ ハブラシ デンタルフロス 歯間ブラシ デンタルタフト

デンタルリンス 歯科予防薬 その他（ ）

5. 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。

領収書を提出してください。