

問診票

記入日(西暦) 年 月 日

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな			
お名前	男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 電話番号(- -)		
携帯番号	<input type="checkbox"/> WEB予約サイトへの登録に必要となります。クリニックより緊急時の連絡に使用いたします。 (- -)		
eメール	<input type="checkbox"/> 予約日時のお知らせ、定期検診のご案内、予約サイトからの連絡に必要となります。 @		

これからお伺いすることはより良い診療を行うための大切な内容です。お手数ですが、わかる範囲でお答えください。

いかがなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> 顎の関節が痛い <input type="checkbox"/> インプラントを入れたい <input type="checkbox"/> マウスピース矯正をしたい <input type="checkbox"/> 予防歯科に取り組みたい <input type="checkbox"/> セレックをしたい <input type="checkbox"/> その他()
歯科既往歴	およそ()【日・週・ヶ月・年】()歯科医院
歯磨き習慣について	1日にだいたい【朝・昼・晩】の()回
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓(B型・C型・その他) <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他()
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た
通院中の病院	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名)
現在服用しているお薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類)
喫煙について	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> はい(喫煙歴: 年 / 1日の本数 本 <input type="checkbox"/> 以前吸っていたことがある
ご妊娠について(女性)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい(ヶ月)
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> はい 薬・食べ物・金属名()
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> すべて保険診療の範囲を希望する <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないところは話を聞いてから自費も検討 <input type="checkbox"/> 保険自費の枠組みにとらわれず最も良い方法で治してほしい <input type="checkbox"/> 気になるところをすぐ治療したい <input type="checkbox"/> 再発を防ぐための予防システムに則り治療を行いたい
当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	① ご紹介者()様 ② クリニックの前を通る、近くに住んでいるから ③ 雑誌の特集(「いい歯医者」「歯科の実力」「頼れるドクター」など) ④ 当クリニックのホームページ ⑤ 口コミサイトを見て

※裏面もございます。

ご来院しやすい 曜日・時間帯		月	火	水	金	土
	午前					
	午後					
	17:00以降					

初めての方へ

【ご予約について】

ご予約は、歯科医師・歯科衛生士と、患者さんとのお約束です。

一方的な変更はご本人の不利益を招くだけでなく、他の患者さんのご迷惑にもなります。

当日キャンセル及び無断キャンセルはお控えください。

3回された方は、以降、ご予約での診療はお受けできなくなります。あらかじめご了承ください。

当日はご予約時間の5分前までにお越しください。

【保険証・医療証について】

保険医療機関は月初の保険証・医療証の確認が義務付けられています。

月初めの受診時、必ずご提示のご協力をお願いいたします。

なお、月の途中で内容に変更がある場合にはご提示をお願いいたします。

【その他】

保育サービスを行っております。ご予約時にお問い合わせください。

すべてご予約制とさせていただきますため、キャンセルはご遠慮ください。

必要に応じて、オムツやお飲み物・おやつはご持参ください。

【口腔内写真、レントゲン写真について】

私たちは「症例情報」を通じて、より公正な医療情報の提供と患者判断への貢献を目指しています。

また医療従事者間での共有により、診断並びに医療水準の改善に役立てられます。

治療方法の検討などを行い、より多くの患者様の治療の糸口を見つけたいと考えています。

そうした目的のために患者さんの診療情報(年代、性別、症状、処置内容、検査内容など)を、

個人が特定されない形にして(個人情報保護して)活用させていただいております。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

上記の内容について、理解・確認しました。

年 月 日

(ご署名)