

No. _____

《あきよし歯科医院予診録》

フリガナ
氏名 _____ (男・女) 血液型 _____ 型

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 歳

ご自宅住所〒 _____

TEL (携帯) — —

TEL (自宅) — —

職業・勤務先 _____

TEL (勤務先) — —

勤務先住所〒 _____

※この調査事項は、医学上の事項ですので、秘密を守る事を申し添えます。これらの個人情報、利用目的の達成に必要な範囲を越えて取り扱いません。

1. 本日は、どうされましたか (主訴)

A)いつから？どこが？どのように？希望は？(何でも具体的にご記入下さい)

※症状のある方にお尋ねします

★**痛みの程度**は、どのくらいですか？(下記の数字に○をお願いします)

無 ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → 激痛

B)その他の希望はありますか (気になること全て□にチェックして下さい)

- 検診をしてほしい
- 歯石を取ってほしい
- 歯磨きの指導をしてほしい
- 虫歯予防(フッ素塗布)をしてほしい(保険外:1000円)
- セカンドオピニオンを希望(保険外:3000円~)
- PMTC(着色除去)を受けたい(保険外:3500円~)
- ホワイトニング(歯の漂白)を行いたい(保険外:22000円~)
- 歯ぐきの黒ずみを改善したい(保険外:5000円)
- スポーツ用マウスピースを作りたい(保険外:学生5000円、一般7000円)
- セレック治療を受けたい(保険外:33000円~)
- 入れ歯を作りたい⇒6か月以内に入れ歯を作られましたか いいえ はい

治療回数は増えても良いので、悪いところは全て治してほしい はい いいえ

<治療内容によっては、2ヶ月以上かかります>

治療の質が上がるのであれば自費治療も考慮する はい いいえ

2. 次のことについてお伺いします (□にチェック、記入をお願いします)

- ①現在、他の歯科医院に通院中ですか ① いいえ はい
- ②吐き気を感じたり、服用してはいけないと言われた薬はありますか ② いいえ はい
- ③過去に大きな病気をした事、または、手術を受けた事がありますか ③ いいえ はい
- ④骨粗しょう症はありますか ④ いいえ はい
- ⑤特異体質・アレルギーがありますか ⑤ いいえ はい
(あれば、下記記載。金属アレルギーの方は金属名も)

- ⑥麻酔(歯科)や歯を抜いた事がありますか ⑥ いいえ はい
⇒その時、何か異常がありましたか ⑥-2 いいえ はい

- ⑦女性の方にお伺いします。現在、妊娠中ですか いいえ 可能性あり はい
※治療期間中、妊娠された場合はすぐお知らせ下さい [妊娠 々月、予定日:R. . .]

3. 予約時間について (□にチェックをお願いします)

A)診療予約のご希望曜日・時間及びご希望期限がありますか

特にない 希望する(曜日(時間:) (期限: まで)

B)他の患者さんの予約がキャンセルになった場合、こちらからのご連絡を希望されますか

希望しない 希望する

4. 当院を知ったきっかけは、何ですか

インターネット検索 電柱広告 通りがかり うわさを聞いて

知人の紹介 _____ 様、紹介者との関係: _____

5. その他

・過去に歯科医院で不快に感じられた事や、不都合な事、もしくは希望などございましたら、お聞かせください。

・かかりつけの医院・病院があれば、ご記入下さい。

医院・病院名: _____ 担当医名: _____ 所在地: _____ 市・区

・他の歯科医院で治療を受けた事があれば、ご記入下さい。

歯科医院名: _____ 担当医名: _____ 所在地: _____ 市・区

6. 当院からのお願い(重要!!)

当院は、**担当医は院長1人のクリニック**です。診療には時間予約制・歯科衛生士による分業制をとっており、必ずしも全ての処置を担当医(院長)が行うとは限りません。

<時間予約制について>

当院における時間予約制とは、患者さんの診療時間をお約束するものではなく、あくまでも診療の効率を第一に考えてのものなので、待ち時間も発生いたします。

<予約について>

- ・夕方・火曜・土曜日は予約が集中し、待ち時間も長くなる場合がございます。
- ・複数回の予約に関しましても承りますが、一度でもキャンセルされた場合、それ以降ご遠慮頂くこともございます。
- ・当日予約は事前予約の患者様が基本優先となりますので、状況により待ち時間が発生いたします。おおむね1時間程度のお時間を想定し、御来院ください。

<キャンセルについて>

他の患者さんへ予約が回せない原因となります。可能な限り前日までに、**キャンセル連絡のご協力**をお願い致します。

<自費治療費について>

「型どりが必要な自費治療」に関しましては、手付金として事前に治療費の20%を申し受けます。

<休診日について>

日曜、月曜、祝日は休診とさせていただきます。歯科医師会業務等により変更もございます。詳しくは「当院ホームページ」もしくは「LINE登録」にてご確認お願いいたします。

了解しました

※チェックなき場合は、一部を除き、自費治療になります。

☆ご記入、ありがとうございました。

令和 年 月 日



あきよし歯科医院
Ver.8.5