

《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 (自宅もしくは携帯): _____

職業・勤務先: _____

勤務先住所: 〒 _____

TEL (勤務先): _____

※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。これらの個人情報は、利用目的の達成に必要な範囲を越えて取り扱いません。
当院では患者さんの診療情報意を取得・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。
◆医療情報・システム基盤整備体制加算(初診時) 加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

★下記の□に「レ」のチェックをお願いいたします★

- 1. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか いいえ はい
- 2. 現在、他の医療機関に通院していますか いいえ はい
★過去通院していた歯科医院があれば、医院名もご記入ください (_____ 歯科医院・クリニック)
- 3. 当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しましたか はい いいえ
- 4. 本日は、どうされましたか (主訴)
 セカンドオピニオンを希望(保険外:3000円～)
 症状がある (下記空欄に具体的にご記入下さい。いつから? どこが? どのように?)

※症状のある方にお尋ねします

★痛み止めは必要ですか? 必要 いらない

★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

- 一般検診をしてほしい 歯石を取ってほしい 歯磨きの指導をしてほしい
- PMTC(着色除去)を受けたい(保険外:上下顎6000円)
- 口腔がん検診を受診したい(保険外:1500円) ※別紙問診票記載が必要です
- 入れ歯を作りたい ⇒ 6ヵ月以内に入れ歯を作られましたか いいえ はい
- 虫歯予防(フッ素塗布)をしてほしい(保険外:1500円) 歯ぐきの黒ずみを改善したい(保険外:5000円)
- セラミック治療を受けたい(保険外:38500円～)
- ホワイトニング(歯の漂白)を行いたい(保険外:19000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)

- 5. 今回の治療を機に、 回数・期間はかかっても良いので悪い歯は全て治したい(通院2か月以上可)
 今回は痛い歯だけ治したい(他は触らないでほしい)

- 6. 治療についてのご希望をお聞かせください
 保険の範囲内で治したい 治療の質が上がるのであれば、多少費用がかかっても良い

- 7. 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、他の医療機関から処方された薬などを服用していますか

※「はい」の方(薬の名前: _____)

① いいえ はい
服用期間: _____)

～裏面もご記入ください～



② これまでに薬や食品・金属などでアレルギーを起こしたことがありますか
(あれば、下記記載。金属アレルギーの方は金属名も) ② いいえ はい

③ 今までに入院するような大きな病気にかかったことがありますか
↳「はい」の方(病名: _____ いつ頃: _____ 病院名: _____) 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 麻酔(歯科)や歯を抜いた事がありますか ⑤ いいえ はい
⇒その時、何か異常がありましたか ⑤-2 いいえ はい

⑥ 直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診等)を受診されましたか
⑥ 受診していない 受診した(健診名: _____ いつ頃: _____)

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 月、予定日: . . .]

8. 予約時間について

- ① 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
 特になし 希望する(曜日)(時間: _____) (期限: _____ まで)
- ② 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

9. 当院を知ったきっかけは、何ですか

- インターネット検索 うわさを聞いて その他(_____)
 知人の紹介 _____ 様、紹介者との関係: _____

10. その他 (過去に歯科医院で不快に感じられた事や、治療に対する希望などございましたらご記入ください)

11. 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。お時間の無い方は事前にお知らせください。

<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ことがございます。お時間の無い方は事前にお知らせください。
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、それ以降複数回のご予約を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時間程度の処置時間を想定し、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2日前までに、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日時の変更もございます。
詳しくは「当院ホームページ」もしくは「公式LINE」登録の上ご確認お願いいたします。



承知いたしました

※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。

記入日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

あきよし歯科医院

Ver.9.3