

問診票

来院日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和
氏名				年 月 日 歳
住所	〒 ー			
自宅 TEL	() ー	携帯 TEL	ー ー	
※万が一ご予約の時間に来院されない場合、こちらからお電話を差し上げる可能性がございます				
メール				
※個人情報保護法に基づきご利用させていただきます（個人情報取り扱いについて）裏面参照				
職業	会社員・公務員・自営業・パート/アルバイト・学生・主婦・無職・その他()			

今まで大きな病気をされたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名() 医院名()
現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名() 医院名()
その他の項目	<input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> C 型肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症/心筋梗塞/心不全/不整脈/心臓弁膜症/先天性心疾患) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳梗塞など) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患(人工透析中) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> てんかん
現在服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名)
薬の副作用やアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名)
麻酔で気分が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
タバコは吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本)
妊婦の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (妊娠 ヶ月)
当院をどのように知りましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> E パーク歯科 <input type="checkbox"/> インスタグラム <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> 家族が来ている【 様】 <input type="checkbox"/> とりあえず来院 <input type="checkbox"/> ご紹介【紹介者様 様】
当院を選んで頂けた理由	<input type="checkbox"/> 住居が近い <input type="checkbox"/> 職場が近い <input type="checkbox"/> とりあえず来てみた
同居されている 12 歳以下のお子様	【 人】、ご年齢【 】
① 歯が痛い・しみる ② 詰め物・被せ物が取れた ③ はぐきが腫れているところがある ④ はぐきから出血 嫌な匂いがする ⑤ 歯が黒い 穴が空いている ⑥ 親知らずが気になる ⑦ 歯のないところが気になる ⑧ 歯並びが気になる ⑨ 歯石 着色を取って欲しい ⑩ その他【 】	右上 上前 左上 ----- 右下 下前 左下

※裏面もご記入お願いいたします

治療に関するアンケート

治療に対するご希望についてお伺いします	※複数回答可
<input type="checkbox"/> 治療が必要な歯があれば全て治療したい	<input type="checkbox"/> 症状のある歯の治療だけで良い
<input type="checkbox"/> 転勤・引越などで____月までに治療を終えたい	<input type="checkbox"/> 休憩しながら治療していきたい
<input type="checkbox"/> 多少時間が長くても一度に多くの治療をして欲しい	<input type="checkbox"/> 1回の治療時間を短くしてほしい
<input type="checkbox"/> 相談して決めたい	
<input type="checkbox"/> その他 【	】

治療内容についてお伺いします
<input type="checkbox"/> とにかく治療費が少ないことが重要
<input type="checkbox"/> 費用は少ない方がいいが、保険治療と自費治療の違いの説明を受けた上で治療方法を検討したい
<input type="checkbox"/> 保険・自費治療、費用を問わず自分の状態に合った 最善の治療 を提案して欲しい
<input type="checkbox"/> 現状維持を希望したい

今まで歯科に行かれたことはありますか？
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 覚えていない <input type="checkbox"/> ある (医院名:)
最後に歯科医院を受診された時期 ()前、治療内容 ()
※転院して来られた場合は可能であれば理由を教えてください。
<input type="checkbox"/> 今までの歯科で不満はなかった
<input type="checkbox"/> 今までの歯科で不満があった <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 治療に不満 <input type="checkbox"/> 説明不足 <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> その他 ()

当院では**審美的治療**や**全顎的治療**を行っております。

次の項目で興味のあるものがあれば、チェックを付けてください。
<input type="checkbox"/> セラミック(白い詰め物・被せ物) <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> マウスピース矯正 <input type="checkbox"/> 子供矯正 (マイオブレース矯正)
<input type="checkbox"/> 歯磨き方法 <input type="checkbox"/> 歯ブラシの選び方 <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> ホワイトニング

当院は完全予防型歯医者です。その実現のためには、みなさまのご協力が必要です。

当院を受診される場合は、以下の項目に同意していただく必要があります。

① “むし歯ゼロ”を目指すためできる範囲で協力します。そのため定期的なメンテナンスを受けます。通常数か月に1回)

② 当院に通うすべての方のために、予約時間を守ります。

同意します

同意しません

※必ずどちらかにチェックをお願いします

※個人情報取り扱いについて

かすたに歯科 矯正歯科(以下“当院”)では、お預かりした個人情報について以下のとおり適正かつ安全に管理・運用することに努めます。

1. 利用目的

当院は、収集した個人情報について、以下の目的のために利用いたします。

- ①医療サービスの提供のため
- ②ご家族への病状説明のため
- ③医療保険事務・会計・経理のため
- ④マーケティング活動のため
- ⑤他院・保険薬局・診療所・助産所・訪問介護ステーション・介護サービス事業者などとの連携のため
- ⑥外部の医師などへの助言依頼のため
- ⑦院内での医療実習・症例研究のため

2. 第三者提供

当院は、以下の場合を除いて、個人データを第三者へ提供することはありません。

- ①法令に基づく場合
- ②人の生命・身体・財産を保護するために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- ③患者が意識不明または判断能力に疑いがあるという状態であり、治療時に家族や関係機関などへ病状を伝える必要がある場合
- ④公衆衛生の向上・児童の健全な育成のために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- ⑤国の機関や地方公共団体、その委託者などによる法令事務の遂行にあたって協力する必要がある、かつ本人の同意を得ることで事務遂行に影響が生じる可能性がある場合
- ⑥事業推進にあたり必要と判断される場合

ご記入ありがとうございます。