

受診されるにあたって

あなたの病気を診断し、治療の方針を立てるのに大変参考になりますので、ありのままお答え下さい。

ふりがな
氏名

男

女

大正
昭和
平成

年

月

日生

才

自宅住所〒

自宅 TEL

携帯 TEL

勤務先

勤務先 TEL

＊ 菊地歯科では、前日等に予約確認の為連絡をさせて頂く場合がございます。日中に連絡可能な所をお教え下さい＊

◎当院では予約日の2日前と当日朝に、予約日時の確認メールを（k064@apodent.jp より）送信させて頂きます。

お持ちのメールアドレスを複数ご記入頂き、最もご都合の良いメールアドレス1つに☒をお入れ下さい。

□メール①

□メール②

歯を抜いて血が止まりにくいことがありましたか ・ ・ a. いいえ b. はい（ ）

麻酔注射をして気分が悪くなった事がありましたか ・ a. いいえ b. はい（ ）

現在、他の病院に通院中ですか ・ ・ ・ ・ ・ a. いいえ b. はい（ ）

内科的、耳鼻科的な病気がありますか ・ ・ ・ ・ ・ a. いいえ b. はい（ ）

☐心疾患 ☐腎炎 ☐透析 ☐糖尿病 ☐肝硬変 ☐肝炎 ☐脳疾患 ☐高血圧 ☐低血圧

☐不整脈 ☐悪性腫瘍 ☐骨粗鬆症 ☐リウマチ性関節炎 ☐骨パシエット病 ☐蓄膿症

その他（ ）

現在飲んでいる薬はありますか ・ ・ ・ ・ ・ a. いいえ b. はい（ ）

＊お薬手帳やお薬の事が書いてある紙をお持ちでしたらご持参ください。

使用を禁止されている薬がありますか ・ ・ ・ ・ ・ a. いいえ b. はい（ ）

薬物・食品・牛乳・化粧品・ラテックス（ゴム製品）などのアレルギーはありますか

・ ・ ・ ・ ・ a. いいえ b. はい（ ）

けがをして、血が止まりにくい事がありましたか？また、皮膚や粘膜を打つと青アザ(皮下出血)を作りやすいですか

・ ・ ・ ・ ・ a. いいえ b. はい（ ）

現在、タバコは吸っていますか ・ ・ ・ ・ ・ a. いいえ b. はい（1日約 本）

ご家族または身近にタバコを吸われる方はいますか ・ a. いいえ b. はい（ ）

女性の方にお聞きします。妊娠中ですか ・ ・ ・ ・ ・ a. いいえ b. 可能性あり c. はい（ ヶ月）

本日ご希望されることや、または受診に際しご要望がございましたらご記入ください

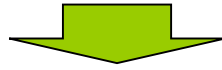
お口に関するアンケート

- 食事をすると食べ物がお口に詰まる所がある …………… (はい いいえ)
- 冷たい物や熱い物がしみる所がある …………… (はい いいえ)
- お歯が抜けたままで治療していない所がある …………… (はい いいえ)
- お歯の外観（お歯並び・隙間・色・形など）に不満がある (はい いいえ)
- お歯を磨くと、お歯ぐきから血が出る事がある …………… (はい いいえ)
- お歯ぐきの腫れやお歯ぐきが下がってきているのが気になる (はい いいえ)
- 口臭がするのではないかと気になっている …………… (はい いいえ)
- お口に歯石やヤニがついているかと思う …………… (はい いいえ)
- 噛みにくさを感じる事がある …………… (はい いいえ)
- 入れ歯が痛い・噛めない・ゆるい・落ちる …………… (はい いいえ)
- 入れ歯の針金など、見た目に不満がある …………… (はい いいえ)
- 自分のお歯の将来について不安に思う事がある …………… (はい いいえ)

治療に関するアンケート

(ア) 下記項目に関して、治療で重視されることを重要な順にお答えください。

- ① 装着する詰め物・かぶせ物・入れ歯などが、できるだけ長くもつこと（耐久性）
- ② 治療した箇所のむし歯・歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること（再発リスク）
- ③ 自然に美しく見えること（審美性）
- ④ 天然の歯のように、できるだけ違和感なく噛めること（機能性）
- ⑤ 金属アレルギーなどになりにくく、できるだけ身体にとって安全であること（安全性）



①～⑤の番号でお答えください

最も重要なのは？	→	()
2 番目に重要なのは？	→	()
3 番目に重要なのは？	→	()
4 番目に重要なのは	→	()
5 番目に重要なのは？	→	()

(イ) 下記より該当するものをお選びください。（複数可）

- A. 気になる所のみを、最新技術でしっかり治療したい。
- B. お口の中全体的に、治療が必要な箇所を治していきたい。
- C. 治療だけでなく、今後のために予防していきたい。
- D. その他 ()

(ウ) 当院に期待することをお書きください。（どんなことでも結構です）

()

あなた様の貴重なお時間を大切にするためのお願い

～ 当歯科のキャンセルポリシーについて ～

いままで歯医者さんで「約束の時間に行ったのに、ずいぶんと待たされたわ」や「あと 40 分後に商談の予定が入っているのだが、時間までに終わるかな～」、「先生、隣の患者さんのところへ行ったら私の治療にいつ戻ってきてもらえるのかしら？」などといった思いをされたことはありませんでしょうか？そこで、私たちはこのような思いを皆様にしていただきたくないため、「三つのお約束」をさせていただきます。

1. ご予約いただいたお時間は、原則その患者さんだけのご予約としております。
2. プライバシー保護と感染予防のためすべて個室になっておりますので1対1の対応をさせていただきます。
3. あなた様と当歯科スタッフの安全のため、ヨーロッパ基準の感染予防の準備をして歯科医師とスタッフが万全の体制でお待ちしております。

そのため私達からもお願いがございます。

- ご予約を変更する際は 24 時間前までにご連絡ください。診療時間外は留守番電話にメッセージをお残し頂くか、メールにてご連絡下さい。(メールアドレスをご登録次第、2日前と当日の朝に予約確認のメール連絡をさせていただいております)
- ご予約時間に5分以上遅れる場合にもご連絡ください。その時、治療の内容によっては予約日を変更させていただくこともございます。
- 予約時刻には診察が開始出来るようにしておりますので、その前にお手洗い、ハミガキは済ませておいてください

これらのお願いは私どもが診療に専念出来ることによって、皆様の治療計画をスムーズに進めるためという意味もございますし、もしご変更があった場合、あらかじめお教えいただくと「歯が痛い」や、「詰め物がとれた」などキャンセルを待っている方々にお時間を融通することが出来ますので、ご協力お願い申し上げます。万が一、当日キャンセルをされた場合は、キャンセル料をいただくことがございます。

キャンセル料	前日まで	ご必要ございません
	当日～3 時間前	4,200 円
	当日 3 時間以内	6,400 円
	ご連絡無し、又は予約時間を過ぎてのご連絡	8,400 円

また、ご連絡無く 2 回以上キャンセルをされた場合は、その後、ご希望の日時に予約をお取りできませんのでご了承ください。

菊地歯科 院長 菊地誠

以上ご了承いただけましたら、ご署名をお願い申し上げます。

ご署名日 年 月 日

お名前