

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 _____

* メールアドレスをお持ちでない方には、携帯の電話番号にショートメッセージ(SMS)を送らせていただきます。

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

現在、他の病院に通院中ですか・・・ いいえ はい()

内科的、耳鼻科的な病気がありますか・・・ いいえ 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・・・ いいえ 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・・・ いいえ 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

・・・ いいえ 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

・・・ いいえ はい()

現在、喫煙されていますか・・・ いいえ はい(歳から1日約 本)

過去に喫煙されていましたか・・・ いいえ はい(歳～ 歳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・・・ いいえ はい()

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

本日も希望されることや、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

- ・1日に飲食する回数(間食を含む)は何回ですか…………… (3回以内 4~5回 6回以上)
 - ・菓子、ジュース、甘いものを飲食する事が多いですか…………… (少ない 普通 多い)
 - ・酸っぱい物(柑橘系の果物、酢類など)を飲食する事が多いですか… (少ない 普通 多い)
 - ・飲酒はされますか…………… (いいえ 時々 毎日)
 - ・夕食後から就寝前に飲食する習慣はありますか…………… (いいえ 時々 毎日)
 - ・アメやガムを食べる習慣はありますか…………… (いいえ 時々 毎日)
 - ・1日に何回歯みがきをしていますか…………… (3回以上 1~2回 しない時有)
 - ・ご使用中の歯磨き粉を教えてください…………… 商品名()
 - ・フロス(糸ようじ)や歯間ブラシを使っていますか…………… (毎日 時々 使わない)
 - ・歯磨き剤の他に、フッ素を使用していますか…………… (毎日 時々 使わない)
 - ・マウスピースを使ったことがありますか…………… (ある ない)
 - ・歯ざしりや食しばりをしていますか(自覚 or 指摘)…………… (いいえ 時々 毎日)
 - ・朝、顎が疲れている事はありますか…………… (いいえ 時々 毎日)
 - ・噛みごたえのある物(ナッツ、氷、珍味など)を食べる事が多いですか (いいえ 時々 はい)
 - ・運動はしていますか…………… (定期的 時々 していない)
 - ↳どんな運動をされていますか…………… ()
 - ・食事をすると食べ物や歯に詰まる所がある…………… (いいえ 時々 毎回)
 - ・冷たい物や熱い物がしみる所がある…………… (いいえ 時々 毎回)
 - ・歯が抜けたままで治療していない所がある…………… (いいえ はい)
 - ・歯の外観(歯並び・隙間・色・形)など気になる所がある…………… (いいえ はい)
 - ・歯を磨くと、歯ぐきから血が出ることもある…………… (いいえ 時々 毎回)
 - ・歯ぐきの腫れや歯ぐきが下がってきているのが気になる…………… (いいえ はい)
 - ・口臭がするのではないかと気になっている…………… (いいえ 時々 毎日)
 - ・口の中が渇く感じがしますか…………… (いいえ 時々 毎日)
 - ・歯の歯石やヤニが気になる…………… (いいえ はい)
 - ・噛みにくさを感じることもある…………… (いいえ 時々 毎日)
- 入れ歯の方のみ

 - ・入れ歯が痛い・噛めない・ゆるい・落ちる…………… (いいえ 時々 毎日)
 - ・入れ歯の針金など、見た目に不満がある…………… (いいえ はい)
 - ・お手入れ時にこすり洗いをしていますか…………… (いいえ 時々 毎日)
 - ・お手入れ時に洗浄剤を使用していますか…………… (いいえ 時々 毎日)
- ・自分の歯の将来について不安に思う事がある…………… (いいえ はい)

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やすく、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できますので、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 _____