

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 _____ 男 女 大正 _____ 昭和 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 才
氏名 _____

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

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 _____