

問 診 票

下記の質問に**正確に記入をお願いします。**

令和 年 月 日

ふりがな 氏名		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日生	血液型 型	紹介者 様
住所	〒 自宅電話 ()			勤務先 電話 ()	
携帯電話番号 (記入必須)				携帯電話は緊急連絡等に使用いたします。 メールは片山歯科医院からの情報をお受け取りに なりたい方はご記入下さい。	
メールアドレス (PC/携帯)					
どうしました?	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい <input type="checkbox"/> 歯周病の治療がしたい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 入れ歯が気になる <input type="checkbox"/> 歯を綺麗にしたい <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> あごが痛む				<医師記入欄>
部位はどこですか? そして いつからの症状ですか?	右上 ----- 右下	上前 ----- 下前	左上 ----- 左下	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> ____日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 現在は痛みはない	
痛みの種類は?	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ズーッと <input type="checkbox"/> 噛んだときに痛む <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる <input type="checkbox"/> 夜になると痛む <input type="checkbox"/> 甘い物で痛む <input type="checkbox"/> 熱い物がしみる <input type="checkbox"/> 物がはさまって痛む				
麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 大量の出血 <input type="checkbox"/> 貧血になった (具体的に)		
薬や金属などのアレルギー、特異体質などはありませんか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 他 (原因)		
現在、通院中の病院はありますか。また、薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	(病名) (医院名/医師名) (薬剤名)		
過去に入院、手術、輸血の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 ____年前ごろ、病名		
内科的な病気はありませんか。または過去にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧()	<input type="checkbox"/> 心臓疾患	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	
	<input type="checkbox"/> 低血圧()	<input type="checkbox"/> 胃腸・腎疾患		<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C・他)	<input type="checkbox"/> 血液疾患		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病()	<input type="checkbox"/> 脳神経疾患		
女性の方へ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 妊娠	ヶ月	<input type="checkbox"/> 産後	ヶ月
歯みがきの回数は?	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 寝る前 1日()回 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ				
よく飲むものは	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他			喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<1日__本>
間食は	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則			歯みがきの 指導は	<input type="checkbox"/> 習ったことがある
睡眠時間は	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 不足				<input type="checkbox"/> 習ったことがない
予約のご希望は	予約は 曜日 時頃がいい				
その他、伝えておきたい事等ありますか?					

* 記入された個人情報は、片山歯科医院個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。

この度は数ある歯科医院の中から片山歯科医院をお選びいただきましてありがとうございます。

当医院は長く美しい歯で美味しく食べる喜びに貢献することを理念とし、地域の皆様のお口の中の健康はもちろんのこと、全身の健康を守るために日々診療いたしております。

当医院としては可能なかぎり患者様の希望に沿った形で治療を進めていけるように努力していますが、適切な治療を行い、最終的に理想的な治療にたどり着くには患者様のご理解とご協力が必ず必要になります。

患者様が希望される治療を行えるよう、私たちも最善を尽くしますので、ご来院いただくにあたり以下のお約束をお守りいただければ幸いです。

必ず予約を取ってからご来院ください

皆様にスムーズかつ質の高い治療やメンテナンスを受けていただくにはその処置に見合った治療時間と準備・お席の確保が必要になります。そのため当医院では**完全予約制**を取らせていただいております。ご予約は直接受付でお取りいただくか、電話にてお願い致します。

お約束の時間は必ずお守りください

ご予約の5分前にはご来院を宜しく申し上げます。約束の時間を過ぎた場合、その日の治療時間が短くなる場合や予定していた治療が行えなくなる場合もございますので予めご了承ください。(次の患者様のご迷惑になるので延長は致しません。) お仕事等のやむを得ない理由で予約時間に遅れる可能性がある場合は、お電話にてご一報頂けると幸いです。

ご予約の変更・キャンセルは早めにお知らせください

基本的にはできる限り**キャンセルはしないよう**にお願い致します。ただし体調不良・お仕事等でご予約の変更・キャンセルをせざるを得ない場合もあるかと思っております。

その際は可能なかぎり**予約日診療時間の24時間前まで**にご連絡ください。次回以降のご予約に関して受付よりご相談させていただく場合がございます。

無断・当日キャンセルは絶対におやめください

無断（連絡なし）キャンセルをされた方は、次回以降予約を取ったの診療はお受けできません。毎回急患対応となり、順番があくまでお待ちいただくこととなりますのでご注意ください。無断キャンセルされた方には当医院より今後の通院の意思確認をさせていただく事や**通院をお断りする**場合がありますので宜しくお願い致します。

上記の内容を理解し診療を申し込みます。

年 月 日

氏名