院内秘密書類

●あなたのことについて

1. 当院を何で知りましたか？
（該当するもの、すべてに○をしてください）

1. 以前にかかったことがある　2. ホームページ
3. 知人の紹介　4. 折り込みチラシ
5. 地域情報誌　6. パンフレット
7. 通り掛かり　8. 看板
9. その他（　　）

2.最近、病院にかかりましたか？（歯以外の）

□ いいえ
□ はい（具体的に　　）

3.現在、飲んでいる薬はありますか？

□ いいえ
□ はい（具体的に　　）

4.お体に合わない薬はありますか？

□ いいえ
□ はい（具体的に　　）

5.以下の病気にかかったことがありますか？
（該当するものに○をつけてください）

□ 心臓病　□ 糖尿病　□ 肝炎A
□ 肝炎B　□ 肝炎C　□ 喘息
□ 血液疾患　□ 胃腸疾患　□ 腎臓病
□ テンカン症　□ リウマチ　□ 脳出血・脳梗塞
□ 低血圧　□ 高血圧　□ 性病
□ その他（　　）

6.麻酔を注射して、ご気分が悪くなった経験がありますか？

□ いいえ
□ はい（具体的に　　）

7.今までに抜歯をしたことはありますか？

□ いいえ
□ はい

また、その時血が止まりにくいことはありましたか？

□ いいえ
□ はい

8.現在、妊娠していますか？

□ いいえ
□ はい（　　ヵ月）

9.現在、育児授乳中ですか？

□ いいえ
□ はい

●これまでの治療について

10.最後に歯科医院に行かれたのはいつですか？

いつ頃（　　）

11.それは、どのような内容でしたか？

□ ムシ歯治療　□ 歯周病治療　□ クリーニング
□ その他（　　）

●予約や治療について要望がありましたら、簡単にお知らせください。後ほど、スタッフが詳しくお伺いいたします。

「治療」や「予防」のご説明について

当院では、すべての「治療」や「予防」に対して充分なご説明をし、ご納得いただいてから具体的な処置をいたします。ご不明な点やご希望がございましたら、ご遠慮なくおたずねください。

「治療」や「予防」のご予約について

当院では、必ず次回の予約をお取りいただいております。処置にかかる時間もその都度、お知らせしておりますが、お約束のお時間にお越しいただけませんと、他の患者様やお客さまにご迷惑がかかります。ご予約の時間に遅れる場合や予約の変更をご希望の場合は、必ず事前にご連絡をお願いいたします。また、「治療」と「予防」など、処置の内容によってお呼びする順番が変わることがありますので、あらかじめご了承ください。

個人情報のお取り扱いについて

個人情報保護法に基づき、ご記入いただいた個人情報は、当医院の運営のみに活用させて頂きます。また、法令等による場合を除いて、第三者に供与することはありません。

フリガナ 氏　名	生年月日　明治・大正　年　月　日 昭和・平成　（　）歳
〒 ご 住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿	ご 自 宅 電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 携　帯
E-Mail　@	次回ご来院のご案内など便利な情報をe-mailにて お届けするサービスを行っております。 e-mailサービスを　□ 希望する　□ 希望しない