No.			①問診	漂					
<u>受付</u>	年 月								
ふりがな				1 <u>4</u>	生別	西暦	生年月日	年齢	
氏名				男	・女	日中連絡	子のつくTEL	'	
現住所	〒					携帯			
E-Mail						職業			
をお聞きする	事は、 安全	で効果的な治	や服用中の薬剤、 療を行うために 連絡のみに用い、	必要かつ重	要な情	報です。	ご住所・電話	等も個人情報	
1) 当院をどの	さん ヶ月前)来 <i>f</i>	,の紹介で c事があるの			生の紹ね	介で □		ter □faceb)	ook
□つめものが(□あごの調子が	しみる) 取れた・欠 <i>に</i> おかしい	□歯茎 けた) □入れ □歯の	が(痛い・腫れ	3		□ホワイ	トニングをした	EU	
3) この前はい (年		院に通いまし D時の処置()
	悪くなった	□麻酔がな	た事はありまし かなか効かなか □治療中気分が	った □歯				□はい↓)
	血圧 □低』	血圧 □貧血	悪いところがあ □心臓病 □¹ □内分泌系疾	腎臓病 □	肝臓病	(□B·	C型肝炎)「	□はい↓ □痛風 □帰	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・) ・) ・) ・) ・) ・) ・) ・) ・)
6)現在、他の (医院名:	医療機関に	通院してい が 薬剤名:	たり、服用して	いるお薬 だ いつが		ますか?	' □いいえ)	□はい↓	
7) アレルギー □薬物(薬品名) 🗆:	食物(食べ物名)	□金属ア	□いいえ レルギー()	□はい↓	

□風邪をひいている □熱がある □胃腸の具合が悪い □その他(女性の方へ:□妊娠中(現在第 週) □授乳中裏面もご記入下さい

□いいえ □はい↓

8) いま身体に不調はありますか?

②問診票

9) タバコは吸いますか? □いいえ □はい→1日に 本
 10) 歯磨きは1日何回、どのタイミングで行いますか? □1回 □2回 □3回 □それ以上 □起床時 □朝食後 □昼食後 □夕食後 □寝る前 □その他() (複数チェック可)
11)何を使って歯磨きをされていますか? (複数チェック可)□歯ブラシ □電動(音波)歯ブラシ □フロス(糸ようじ) □歯間ブラシ □タフトブラシ(1毛)
1 2) 治療範囲についてのご希望をお聞きします。□悪い歯は全部治したい□急用なので、今痛んでいる歯のみ治したい□よくわからないので、説明を聞いてから決めたい
13)治療についてのご希望をお聞きします。□どのような場合でも、全て保険治療の適応範囲内で治したい□基本は保険治療で行い、保険がきかない所や保険で質の良い治療を行うのに限界がある所は自費治療についても説明を聞きたい□金属など身体に負担のあるものは使用せず、身体に優しい良質な材料と長持ちする治療方法で治したい
 14)治療回数や期間についてご希望はありますか? □通常の治療ペースで可能 □回数はかかっても1回の治療時間を短くしてほしい □多忙or遠方なので、なるべく時間をかけて一度に治療をしてほしい □留学・結婚・転勤予定(頃)なので、(年月中)までに治してほしい
15) ご都合のよい通院希望日、時間はありますか? □いいえ □はい→()曜日 ()時頃
16) 歯のクリーニングや、歯科衛生士による予防処置を希望しますか? □はい □いいえ
1 7)他になにか伝えておきたいことがありましたらご記入下さい。
18)3枚目の③個人情報の取り扱いに関して承諾いただけましたら、こちらにサインを お願い致します。

☆保険証提示のお願い☆

ご署名

③個人情報の取り扱いに関して

河野歯科医院(以下当医院といいます)は、お客様の個人情報等の取り扱いについて、下記のとおりお約束します。

1. 個人情報の利用目的について

当医院は、お客様からご提示いただいた名前、住所、電話番号、性別、その他お客様個人に関わる情報以下、「個人情報等」と言います)を、お客様へ適した商品やサービス、及び会報誌・ダイレクトメール等による各種情報の提供のために利用いたします。お客様の承諾なく他の目的には利用いたしません。

2. 個人情報の第三者提供について

当医院でお預かりした個人情報等を、以下のいずれかに該当する場合を除き、第三者への 提供、取り扱いを委託することはありません。

- ①お客様の事前承諾を得た場合。
- ②データベースの保守運営などの管理、ダイレクトメールなどの発送などの遂行
- ③法令の定めにより提供をを求められた場合

3. 個人情報の開示等について

当医院は個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、お客様ご本人であること ご確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。

4. 個人情報削除・消去

お客様が最後にご来院された日から5年間経過した場合、お客様の事前・事後の承諾を得ることなく、お客様の個人情報を安全かつ完全に削除・消去します。

個人情報の取り扱いに関する責任者 河野歯科医院

〒541-0045 大阪市中央区道修町4-4-2

TEL: 06-6222-2034

https://kono-dental.com