



No. \_\_\_\_\_  
 受付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

# ①問診票

ふりがな		性別	生年月日 西暦 / /	年齢
氏名		男・女	日中連絡のつくTEL	
現住所	〒		携帯	
E-Mail			職業	

医療機関において、あなたの健康状態や服用中の薬剤、アレルギー、既往歴、職業を含めた生活習慣などをお聞きする事は、安全で効果的な治療を行うために必要かつ重要な情報です。ご住所・電話等も個人情報保護法に基づき、当院からの必要なご連絡のみに用い、厳重に管理しておりますので、**正確にご記入**をお願いします。

## 1) 当院をどのようにしてお知りになりましたか？（複数チェック可）

- \_\_\_\_\_さんの紹介で     \_\_\_\_\_先生の紹介で     看板を見て  
 以前（ 年 ヶ月前）来た事があるので     ホームページを見て→ Yahoo  Google  Twitter  facebook  
 家・職場が近いから     その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 2) 今日はどうされましたか？（複数チェック可）

- 歯が（痛い・しみる）     歯茎が（痛い・腫れる・血が出る）  
 つめものが（取れた・欠けた）     入れ歯の調子が悪い  
 あごの調子がおかしい     歯の見た目が気になる  
 虫歯・歯周病のチェック     歯のクリーニングを受けたい     ホワイトニングをしたい  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 3) この前はいつ頃歯科医院に通いましたか？

（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月前）その時の処置（ \_\_\_\_\_ ）

## 4) いままでの歯の治療で何か変わった事はありましたか？

いいえ     はい↓

- 麻酔で気分が悪くなった     麻酔がなかなか効かなかった     歯型取りで嘔吐反射があった  
 歯を抜いた時血が止まりにくかった     治療中気分が悪くなった     その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 5) 以前または現在、からだにどこか悪いところがありますか？

いいえ     はい↓

- 糖尿病     高血圧     低血圧     貧血     心臓病     腎臓病     肝臓病（ B・C型肝炎）     痛風     喘息  
 リウマチ     胃腸系疾患     癌・腫瘍     内分泌系疾患     うつ病     その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 6) 現在、他の医療機関に通院していたり、服用しているお薬がありますか？

いいえ     はい↓

（医院名： \_\_\_\_\_ 薬剤名： \_\_\_\_\_ いつから： \_\_\_\_\_ ）

## 7) アレルギーがありますか？

いいえ     はい↓

- 薬物（薬品名 \_\_\_\_\_ ）     食物（食べ物名 \_\_\_\_\_ ）     金属アレルギー（ \_\_\_\_\_ ）  
 ラテックスアレルギー     花粉症     その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 8) いま身体に不調はありますか？

いいえ     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**

## 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)

### 12) 治療範囲についてのご希望をお聞きます。

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

### 17) 他に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。

ご署名 \_\_\_\_\_

☆保険証提示のお願い☆

医療機関では、厚生労働省の決まりにより健康保険証の確認をすることが義務づけられています。  
初診時と毎月初回の受診時、保険証が変わった時等は必ずご提示していただくようお願い致します。

## 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を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>

