

予 診 票

ふりがな お名前		男 女	昭 平 令	年 月 日 (才)	ご自宅の電話番号 ()
ご住所	〒 —				携帯の電話番号 ()
ご職業					
メールアドレス					
希望されるご連絡先 (ご自宅 ・ 携帯 ・ その他)					
ご連絡の際に都合の良い時間帯 時 ~ 時					
ご希望の通院時間 曜日 (午前・午後) 時頃~					

※ メールアドレスを登録していただきましたら、ご予約をメールにてお知らせさせていただきます。

◆ 今日はどうなさいましたか

- ① 歯が痛い
- ② 腫れているところがある
- ③ 歯ぐきから血がでる、歯が動く
- ④ 歯のないところが気になる
- ⑤ 入れ歯が気になる
- ⑥ 歯並びが気になる
- ⑦ 歯の着色が気になる
- ⑧ 以前に入れたものが壊れた、取れた
- ⑨ 歯周病の治療を受けたい
- ⑩ その他 ()

※ ①~⑩までの場所はどこですか

右上	上前	左上
右下	下前	左下

◆ 診療に対するご希望についてお伺いします

- ・治療が必要な歯があれば全て治療したい
- ・今回は痛み・症状のある歯だけの治療でよい
- ・転勤・引っ越しなどで_____月までに治療を終わらせたい
- ・一回の治療時間を短くしてほしい
- ・相談して決めたい
- ・その他 ()

◆ 当歯科クリニックで特にご希望される箇所があれば○をしてください

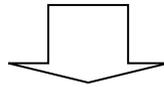
- ・審美歯科治療 ・インプラント治療 ・ホワイトニング ・歯周専門治療

※ 治療の内容によって、担当医を決めさせていただきます。

◆治療に関するご希望確認アンケート◆

下記項目に関して、治療で重視されることを重要な順にお答えください

- ① 装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などが、できるだけ長くもつこと（耐久性）
- ② 治療した箇所のみし歯・歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること（再発リスク）
- ③ 自然に美しくみえること（審美性）
- ④ 天然の歯のように、できるだけ違和感なく噛めること（機能性）
- ⑤ 金属アレルギーなどになりやすく、できるだけ身体にとって安全であること（安全性）



①～⑤の番号を重要な順にお答えください

- | | |
|------------|-------|
| 最も重要なのは？ | → () |
| 2番目に重要なのは？ | → () |
| 3番目 | → () |
| 4番目 | → () |
| 5番目 | → () |

下記 A～より該当するものをひとつお選びいただき○をおつけください

- A. 前問の①～⑤より、とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である
- B. 費用は少ない方がいいが、前問①～⑤の項目も考慮に入れ、治療の違いについて説明を受けた上で治療方法を検討したい
- C. 保険治療・自費治療 費用問わず、自分の状態にあった最善の治療を提案してほしい

個人情報取り扱いについての同意書

当クリニックでは、個人情報保護法に基づき、患者さまの個人情報保護に十分注意を払い、管理いたしております。

治療中に撮らせていただきます診療データにつきましては、ケースによってレントゲン・口腔内のお写真を外部での講演・学会又患者さまに対する症例紹介などで使用させていただく場合がございます。

その場合には必ず個人が特定できないように加工し、使用させていただきます。

ただし、個人の特定が不可能であっても診療データの使用に同意出来ない場合はその限りではありません。

***同意いただけない患者さまも、治療上必要資料は採らせていただきます。**

医療法人社団洛歯会
中田歯科クリニック
理事長 中田 光太郎

上記の内容をご確認いただきまして、同意いただける患者さまは、以下にご署名をお願いいたします。

年 月 日

ご署名 _____