

# 一般予診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢				才
住所	〒					
連絡先 <small>災害等による臨時休診の緊急連絡にも使用します。必ず連絡のつく連絡先をご記入ください。</small>	※必ず連絡のつく電話番号をご記入ください。変更があった場合は速やかにお知らせください。					
	携帯：	自宅：				
	※上記電話番号で連絡がつかない場合に限りメールさせていただくことがございます。アドレスをお持ちの場合はご記入ください。					
	メールアドレス：	@				
勤務先・学校	名称：	連絡先：				
ご紹介者様	様（ ご家族 勤務先・学校の方 友人・知人 医師 ）					
クリア歯科を何でお知りになりましたか？						
<input type="checkbox"/> 交通・駅広告 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ネット広告 <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> その他（ ）						

●あなたの体質を知ることは、より良い診療をする為に必要です。この予診票は歯科治療をスムーズに行う為の大切な参考資料となります。できるだけ正確にお答えいただき、該当するものにチェックを入れてください。●お薬手帳をお持ちの方は受付にお申し出ください。  
●当有心会グループでは、治療の流れや料金設定が統一されております。そのため他分院でのセカンドオピニオンは原則お受けいたしていません。再カウンセリングをご希望の方は、同医院で承っておりますのでお申し出ください。（※治療内容によりましては再カウンセリング料が必要となります。）

- どうなさいましたか？
 

<input type="checkbox"/> むし歯がある	<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い	<input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい
<input type="checkbox"/> 検診をしてほしい	<input type="checkbox"/> インプラント相談	<input type="checkbox"/> 矯正相談	<input type="checkbox"/> 審美相談(見た目をきれいにしたい)
<input type="checkbox"/> ホワイトニング相談	<input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物がとれた	<input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い	<input type="checkbox"/> その他（ ）
- それはどこですか？  右上  前上  左上  右下  前下  左下  全部  その他（ ）
- いつ頃からですか？（痛みのある方へ）  （ ） 日前  （ ） ヶ月前  その他（ ）
- どのように痛みますか？（痛みのある方へ）
 

<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い	<input type="checkbox"/> ときどき痛い	<input type="checkbox"/> 噛むと痛い	<input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる	<input type="checkbox"/> 熱い物がしみる	<input type="checkbox"/> その他（ ）
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------
- 現在飲んでいる薬はありますか？  いいえ  はい（病名： 薬品名： ）
- 薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか？  いいえ  胃痛  発疹  かゆみ  その他（ ）
- 現在および過去にかかった病気はありますか？
 

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 肝炎（A・B・C）	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 貧血症	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症
<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
- 現在もしくは過去におタバコの喫煙歴はありますか？（※加熱式・電子タバコ等新型タバコ含む）
 

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 現在1日（ ）本 / 喫煙歴（ ）年	<input type="checkbox"/> 過去（ ）年前に1日（ ）本 / 喫煙歴（ ）年
------------------------------	---	---
- 歯を抜いたことがありますか？  いいえ  はい（ ）年（ ）ヶ月ほど前
- 9で「はい」を選ばれた方で、その時何か異常はありましたか？
 

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 血が止まらなかった	<input type="checkbox"/> 何日も傷んだ	<input type="checkbox"/> 熱が出た	<input type="checkbox"/> その他（ ）
------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------
- 歯の治療で麻酔をしたことがありますか？  いいえ  はい
- 11で「はい」を選ばれた方で、その時何か異常はありましたか？  いいえ  はい（症状： ）
- 歯ぎしり、くいしばりはされますか？  いいえ  はい  分からない

裏面にもお答えください

14 クリア歯科で治療を受けられたことはございますか？  いいえ  はい ( 院)

15 当院以外(歯医者)で最後に治療を受けられたのはいつですか？ またその治療内容はどのようなものですか？  
( )年( )月( )日ごろ(治療内容: )

16 ご通院される場合のご希望の曜日・時間 ( )曜日 / 午前・午後 / ( )時ごろ

17 治療についてのご希望

- できるだけ毎回詳しい説明をしてほしい  もっとも良い材料と方法で治療してほしい  
 痛い所だけ治したい  保険の範囲内で治療したい  相談の上で決めたい  悪いところは全部治したい  
 なるべく保険で、それ以外は説明してほしい  できるだけ回数を少なく1回あたりの時間を長く  
 回数が増えても毎回時間内で終わってほしい  担当医制でなくても良いので日にちを詰めて通いたい  
 その他 ( )

18 治療における痛みについて  特に弱い  弱い  ふつう  強い

19 引っ越し予定はありますか？  いいえ  はい(いつ: どちらに: どのくらい: )

女性の方へご質問いたします

20 現在、妊娠していますか？  いいえ  はい( )ヵ月  わからない ※治療期間中に妊娠されたらお知らせ下さい

21 現在、授乳中ですか？  いいえ  はい

ご通院いただく上での大切なお知らせです。必ずお読みいただき確認のチェックをお願いいたします。

#### キャンセル・日時変更について

患者様のご都合によるご予約のキャンセル・日時変更については、ご予約日の前日の診療時間中(前日が休診の場合はその前診療日の診療時間中)までにお電話にてご連絡ください。留守番電話ではお受けしておりません。度重なる遅刻や無断キャンセルがあった場合、累積4回目以後は保険診療のご予約をお受けできかねますので予めご了承ください。

- ※自費治療の予約のキャンセル・変更については別途規定がございます。インプラント治療や歯列矯正、ホワイトニングなどの自費治療を受けられる際には、治療ごとの予診表および同意書にてご確認ください。

#### 転院について

転院をご希望の際は、まずご通院中の医院へご相談ください。有心会の直営医院へのみお手続き可能ですが、原則として、同一エリア内の近隣医院へは不可、引っ越しや転勤以外の理由では不可としています。また転院の都度、転院事務手数料をお支払い頂きますが、手続き完了後はいかなる理由があろうと返金いたしかねます。転院後の通院曜日やペースなどは転院前と同様には行かない場合がございますので予めご了承ください。

- ※転院手続きせずに有心会の他の医院を受診される場合は、診療履歴などが引き継がれず新規患者様と同様の取り扱いとなりますので予めご了承ください。

【転院事務手数料：5,000円(税別) / 回(インプラント治療・歯列矯正の場合10,000円(税別) / 回)】

#### ご連絡先について

治療に関わる内容や臨時休診など、医院からご連絡を差し上げる場合がございます。ご住所以外に、必ず電話番号やメールアドレスなど連絡のつくご連絡先をお知らせください(場合によりFAXも可)。災害等の緊急時のお知らせはLINEでも一斉配信させていただきますので、ぜひお友達登録をお願いします。連絡先をお知らせ頂けていない場合の連絡の不行き届きによるトラブルについては一切責任を負いかねますのでご了承ください。

-