

キビキノ歯科医院		問診票		記入日		No.																			
「キビキノ歯科医院で治療を受けるにあたって」の内容を理解,同意しました <input type="checkbox"/>																									
ふりがな				性別		大正・昭和・平成・令和																			
お名前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日		年 月 日 (才)																			
ご住所		〒		電話番号 (- -)																					
メールアドレス		携帯電話 (- -)																							
勤務先		社名		勤務先住所		電話番号 (- -)																			
どうなさいましたか？		<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い、血が出る <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない(新しくしたい) <input type="checkbox"/> 噛み合わせが気になる <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 審美治療がしたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングがしたい <input type="checkbox"/> 自由診療を希望する <input type="checkbox"/> 口が渴く <input type="checkbox"/> 他の医療機関から紹介状をもっている。 <input type="checkbox"/> その他 ()																							
いつから症状がありますか？		<input type="checkbox"/> 今日が初めて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々																							
全身的なことをお伺いします。 現在だけでなく、過去のことも 教えて下さい。		<input type="checkbox"/> 特に異常はない <input type="checkbox"/> 入院したことがある(内容) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病(狭心症・心筋梗塞・ペースメーカー) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 肝臓病(A・B・C型肝炎) <input type="checkbox"/> 高血圧(上 /下) <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アレルギー体質 () <input type="checkbox"/> その他、感染症 ()																							
妊娠について(女性の方へ)		<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 授乳中である <input type="checkbox"/> している(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 可能性がある																							
薬について		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 今使用している薬がある() <input type="checkbox"/> 注射、飲み薬のアレルギーがある()																							
1日に歯を磨くのは		1日 回 いくつ磨きますか？ ()																							
タバコを吸いますか？		<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本ほど) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(年前)																							
歯科の受診について		<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 定期的に通っている(ヶ月毎) <input type="checkbox"/> 通院していた(最後: 頃)																							
歯科で具合が悪くなったことは ありますか？		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に)																							
治療の説明について		<input type="checkbox"/> 時間がかかっても徹底的に説明してほしい <input type="checkbox"/> 必要と思われる範囲で良い																							
ご来院の都合の良い時間帯はいつですか？ ○都合が良い x都合が悪い		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>月曜</td> <td>火曜</td> <td>水曜</td> <td>金曜</td> <td>土曜</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						月曜	火曜	水曜	金曜	土曜	午前						午後						予約忘れ防止SMS便 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> どうしても嫌だよ
	月曜	火曜	水曜	金曜	土曜																				
午前																									
午後																									
自由診療(自費診療)について		<input type="checkbox"/> すべて保険で治療してほしい <input type="checkbox"/> 自由診療についても説明してほしい <input type="checkbox"/> 自由診療と保険診療の違いを聞きたい																							
治療について重視するものについて いくつでも○をつけてください		<input type="checkbox"/> 体に優しい <input type="checkbox"/> 丈夫である <input type="checkbox"/> 金額が安い <input type="checkbox"/> 見た目が綺麗である <input type="checkbox"/> 再発のリスクが低い <input type="checkbox"/> 長持ちする																							
シェーグレン症候群、ドライマウスの特殊診療を行っています		<input type="checkbox"/> 詳しく聞きたい																							
当院をお選びいただいた理由をお聞かせください。		<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者のお名前 様) <input type="checkbox"/> 家の近所 <input type="checkbox"/> 職場の近所 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> Instagramをみて <input type="checkbox"/> Googleをみて <input type="checkbox"/> Facebookをみて <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 電柱広告を見て <input type="checkbox"/> その他()																							
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		説明用資料として個人を特定されない範囲で写真等を利用させていただきます。																							
マイナ保険証による情報取得について <input type="checkbox"/> 同意する お持ちでない方はチェック不要です		当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力ください。 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) ①加算1は4点 ②加算2は2点(マイナ保険証利用の場合)																							