

問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ			大・昭・平
お名前		男・女	生年月日 年 月 日 (歳)
ご住所	〒	T E L	()
		携帯電話	()
メールアドレス	@	ご職業	

より良い治療をご提供するために、該当するものに☑とわかる範囲でご記入ください。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきの腫れ・出血 <input type="checkbox"/> 歯を美しくしたい <input type="checkbox"/> 詰め物が外れた <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 親知らずを抜きたい <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 入れ歯（作成・調整） <input type="checkbox"/> 歯石とり <input type="checkbox"/> その他（ ）
今回の治療では	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治療したい <input type="checkbox"/> 医師と相談して治療方法を決めたい <input type="checkbox"/> 希望するところだけ治療したい <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい
当院をお知りになったきっかけは	<input type="checkbox"/> 紹介（知人・ご家族 様） <input type="checkbox"/> 広告・雑誌 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> フェイスブック <input type="checkbox"/> 前を通して（自宅が近所・職場が近所）
既往歴	<input type="checkbox"/> 肝臓病（A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・慢性肝炎・アルコール肝炎） <input type="checkbox"/> 心臓病・不整脈 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧（最高 / 最低） <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 糖尿病（HbA1c ） <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 手術の経験がある <input type="checkbox"/> 骨粗鬆病 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし
現在の健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 医院・病院に通院中（ 科） 薬を飲んでいますか <input type="checkbox"/> はい（ ） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中（ ヶ月） <input type="checkbox"/> 喫煙（ 本/日）
体質	<input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> アレルギー体質 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特にない
来院できる日時	月 火 水 金 土 AM PM : 頃

★レントゲンを撮影するにあたり質問がございます。

今、入れ歯を付けていらっしゃるでしょうか。 はい いいえ

気になることやご希望がございましたら、ご記入ください

個人情報の取り扱いについて同意し、本問診票を提出します。 ※当院では個人情報保護法に基づいて情報管理をしております。

SMILE チェックシート



あなたは次のどのことが気になりますか？チェックをお願いします。

クリーン

- 歯の汚れ ヤニ 歯石 口臭 出血 歯肉の腫れ

ビューティー

- 歯の色 歯の形 歯の隙間 歯の並び 詰め物の色・形

歯科の治療にはいろいろな選択肢があります。

下記の中からあなたにとって重要であると思う項目順にご記入ください。

- A** 美しさ きれいな歯並びや白い自然に見える歯。
- B** 噛む能力 天然の歯と同じように噛める。
- C** 安全性 金属アレルギーや歯茎の変色。糖尿病や心臓疾患、脳卒中など。
- D** 丈夫さ 作成した歯が長く保つ。割れにくく、外れにくい。
- E** 再発のしにくさ むし歯や歯周病の再発をが少ない。
- F** 快適さ 口の中で違和感を出来るだけ感じない。

順位 A～F

1位 →

2位 →

3位 →

4位 →

5位 →

6位 →

治療の方法についてご希望をお伺いします。希望される項目をチェックしてください。

- 上記の項目よりも、保険内で治療できることを優先したい。
- 出来るだけ保険を使い、上記の項目を満たすなら自費治療についても
詳しい説明と費用を聞いた上で、自分で治療法を選択したい。
- 出来る限り上記の項目を多く満たす最善の方法を説明と費用を聞いた上で、自分で治療法を選択したい。
- 必ず担当の医師、衛生士に処置してほしい。
- なるべく担当の医師、衛生士に処置してほしい。
- 担当が変わっても早く処置してほしい。



安岡デンタルオフィス
YASUOKA DENTAL OFFICE

個人情報保護方針

第一版 2014年4月1日

医療法人翼翔会 安岡デンタルオフィスでは、以下の個人情報保護方針を制定しております。

当院に係る全スタッフがこの保護方針を正しく理解し、遵守することにより、皆様に安全と安心を提供し、信頼に応えて参ります。

当院では、業務に従事する全ての者は患者様の個人情報を順守し、皆様、並びに皆様の各種個人情報を守り、その信頼に応えます。

当院は、個人情報の収集に当たり、収集目的を明らかにし、収集した個人情報の使用範囲を限定し、適切に取り扱います。また、個人情報に関する個人の権利を尊重し、自己の個人情報に対し、開示や訂正などを求められた場合には、合理的な期間、適切な範囲内でこれに対応するものとします。

当院は、個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざん及び漏えいなどを予防するための合理的な安全策を講じ、行動規範および具体的ルールを定め遵守するとともに、適宜見直しを行い、是正して参ります。

当院は、個人情報の保護に関する法令、その他の規範およびガイドラインを遵守します。

医療法人翼翔会 安岡デンタルオフィス
理事長 安岡 大志