

予診表

(ふりがな) お名前		S・H・R 男・女	年	月	日生 (歳)
ご住所 〒		ご連絡先 — —			
(勤務先名称)		↑リーフ歯科より連絡させて頂く場合がございます 当院からのご連絡方法は、電話・メール・LINEがあります			

★住所・電話番号のご変更の際にはご連絡ください

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"/> 知人もしくは医療機関の紹介等 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気が良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 ()				
どうなさいましたか (複数可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯がかけた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> ホワイトニング相談 <input type="checkbox"/> インプラント相談 <input type="checkbox"/> 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"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> ときどき痛い <input type="checkbox"/> 冷たい物しみる <input type="checkbox"/> 熱い物しみる <input type="checkbox"/> その他 ()				
それはどこですか (ご自身の右手側を「右」)	<input type="checkbox"/> 右上奥 <input type="checkbox"/> 右下奥	<input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 下前	<input type="checkbox"/> 左上奥 <input type="checkbox"/> 左下奥	<input type="checkbox"/> その他 ()	
いつ頃からですか	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () ヶ月前 <input type="checkbox"/> その他 ()				
噛み合わせについて	<input type="checkbox"/> 歯ぎしりをしている <input type="checkbox"/> 食いしばりをしている <input type="checkbox"/> あごに痛みがある				
矯正についてお考えですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 必要あれば考える <input type="checkbox"/> いいえ				

現在もしくは過去に病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 _____ 最低血圧 _____)			
通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名 _____)			
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類 _____)			
妊娠していますか (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> はい (妊娠 _____ 週目)			
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____)			
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなった事がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他 ()			
ご希望ありましたらお願いします (例：出張で〇月までの治療希望) (例：個室での治療を希望)				
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をお願いいたします。 ◆(初診/再診)医療情報取得加算+1点 ◆(初診)医療DX推進体制整備加算+6点				
マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけますか	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない・持っていない			
キャンセルポリシー (チェックをお願いします)	当院への受診は「事前予約」と「予約なしの来院」をお選びいただけます。 <事前予約の患者様> <input type="checkbox"/> 15分以上の遅刻は十分な診療ができないため、キャンセルとなります <input type="checkbox"/> 無断キャンセルは、キャンセル料が発生します			

※個人情報責任を持って厳重に管理いたします。ご住所やご連絡先は診療上必ず必要となります。