

診察申込書

令和 年 月 日

(ふりがな) お名前	()
ご住所	〒 ()
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
連絡先電話番号	
緊急連絡先電話番号	
E-mail	
ご紹介者	

●医療契約について

- 医療行為は100%の成功率というものは無く、初期の予想とは違う不十分な結果となる場合もあることをご理解ください。
- 医療行為は治療に関する結果を保証するものではありません。治療の成功の可否の結果に関わらず、払い戻しや無償でのやり直しには応じられません。
- 日本の健康保険制度は、病気がある方の医療費を一部または全部を国が負担するものです。健康保険制度は厳密な規則がありそれに基づいた対応が必要になります。
- 健康保険給付での診察と一般診療は、混合診療の禁止のため同日での対応はできません。
- 診察に関するお知らせは、広報誌、HP等を通じてお知らせいたしますのでご確認ください。

●マイナンバー保険証の利用について

五條歯科医院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴、健診歴、服薬情報等）を取得することに同意しますか？

はい いいえ

●個人情報保護

お預かりした個人情報について、以下の通り適正かつ安全に管理・運用することに努めます。

1. 利用目的

五條歯科医院は、収集した個人情報について、以下の目的のために利用いたします。

- 1) 医療サービスの提供
- 2) ご家族への病状説明
- 3) 医療保険事務
- 4) 会計・経理
- 5) 他院・保険薬局・診療所・助産所・訪問介護ステーション・介護サービス事業者等との連携
- 6) 外部の医師などへの助言依頼
- 7) 院内での医療実習・症例研究

裏面に続きますので必ずご確認ください

2. 第三者提供

五條歯科医院は、以下の場合を除いて、個人データを第三者へ提供することはありません。

- 1) 法令に基づく場合
- 2) 人の生命・身体・財産を保護するために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- 3) 患者が意識不明または判断能力に疑いがあるという状態であり、治療時に家族や関係機関などへ病状を伝える必要がある場合
- 4) 公衆衛生の向上・児童の健全な育成のために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- 5) 国の機関や地方公共団体、その委託者などによる法令事務の遂行にあたって協力する必要があり、かつ本人の同意を得ることで事務遂行に影響が生じる可能性がある場合

3. 開示請求

貴殿の個人情報について、ご本人には、開示・訂正・削除・利用停止を請求する権利があります。手続きにあたっては、ご本人確認のうえ対応させていただきますが、代理人の場合も可能です。

詳細については、受付へお申し出ください

上記の個人情報取り扱い事項についてご同意いただけますか

はい いいえ

●診療に伴い発生する診療情報・資料等の利用について

五條歯科医院が提供している治療は、現時点でもっとも良いと科学的に評価されている治療法が中心ですが、研究によって、さらに良い医療を開発していく必要があります。研究には、診療に伴って発生する診療情報・資料等の利用が必要な場合があります。患者の皆様には、ご理解とご協力をお願いします。ご了解えられない場合も診療上の不利益はありません。

診療に伴い発生する診療情報・資料等

診療によって得られる病歴（カルテ） X線写真などの画像が挙げられます。これらの診療情報・資料等は、診療に必要なものとして採取・保管されていますが、その後、診療上不必要となった場合でも、医学研究には貴重です。当院では、これらの診療情報・資料等を研究のために利用させていただくことがあります。

診療情報・資料等の提供の対象者

当院では、すべての患者の皆様これら診療情報・資料等のご提供をお願いしています。研究への診療情報・資料等の提供は、自由意志によります。不参加の意思表示がない場合は、原則として同意をいただいたものとみなして、研究に使用させていただきます。

秘密の保持

研究への診療情報・資料等の提供によって、患者の皆様が直接の危険性が及ぶことはありません。しかし、万一、個人情報等が漏れた場合、患者の皆様が不利益を被る可能性があります。当院では、情報漏洩を避けるため、厳重に機密保持しております。研究によって得られた成果を学会や学術誌などに発表する場合個人が特定されることはありません。

知的財産権

提供いただいた資料を用いた研究の成果によって、特許権などの知的財産権などが生じる可能性があります。その権利は五條歯科医院に帰属し、患者さんご本人には帰属しないことをご了承ください。

上記の診療情報・資料等の利用事項についてご同意いただけますか

はい いいえ

問診票

全部で4枚の質問用紙になっています。また、年齢によって追加の問診票があります。
わかりづらい部分があれば、スタッフが代筆いたしますのでお申し出ください。

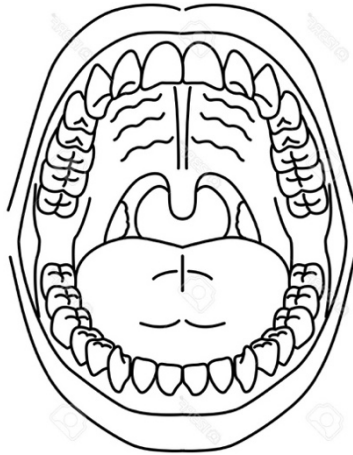
歯科的問題

A. 今回の症状はいつからありますか

1. 今日から
2. () 日前から
3. 覚えていない
4. その他 ()

B. 症状のある場所はどこですか (印をおつけください)

右



左

C. どうなさいましたか

1. 痛い、腫れた →Dへお進みください
2. 歯が無い、壊れたので食べることができない →Eへお進みください
3. 歯が無い、欠けているので見た目が悪い →Fへお進みください
4. 詰め物、被せ物、入れ歯などが取れた、壊れた →Gへお進みください
5. 色、形、歯並びを綺麗にしたい →Hへお進みください
6. 不安なところがあるので調べてもらいたい →Iへお進みください

D. 「痛い、腫れた」とお答えいただいた方にお聞きします。どのような感じですか

1. 何もしなくても痛い
2. 冷たいものがしみる
3. 温かいものがしみる
4. 噛むと痛い、食事ができない
5. ブラシや指で触ると痛い・しみる
6. 時々痛い・しみる・腫れる
7. 血や膿が出る
8. 音が鳴る
9. その他 ()

E. 「歯が無い、壊れたので食べることができない」とお答えいただいた方にお聞きします。どのような感じですか

1. 硬いものは食べられない
2. 食事が全くできない
3. その他 ()

F. 「歯が無い、欠けているので見た目が悪い」とお答えいただいた方にお聞きします。緊急性はどの程度ですか

1. 本日中に対応して欲しい
2. 期日までに対応して欲しい（具体的にお教えください：)
3. 緊急性はない
4. その他 ()

G. 「詰め物、被せ物、入れ歯などが取れた、壊れた」とお答えいただいた方にお聞きします。緊急性はどの程度ですか

1. 本日中に対応して欲しい
2. 期日までに対応して欲しい（具体的にお教えください：)
3. 緊急性はない
4. その他 ()

H. 「色、形、歯並びを綺麗にしたい」とお答えいただいた方にお聞きします。より、具体的にお教えいただけますか（自由解答）

I. 「不安なところがあるので調べてもらいたい」とお答えいただいた方にお聞きします。より具体的にお教えいただけますか（自由解答）

J. その他ご要望ありましたらお申し出ください

内科的問題点

A. 現在お身体の問題はありますか

- | | | |
|---------------|------------|-----------|
| 1. 循環器疾患 | 3. 呼吸器疾患 | 7. 免疫疾患 |
| a) 高血圧 | a) 喘息 | a) 糖尿病 |
| b) 心筋梗塞 | b) 慢性気管支炎 | b) 骨粗鬆症 |
| c) 心不全 | c) その他 | c) 甲状腺疾患 |
| d) 不整脈 | 4. 神経疾患 | d) 膠原病 |
| e) ペースメーカー利用中 | a) てんかん | e) 関節リウマチ |
| f) その他 | b) パーキンソン病 | f) HIV |
| | c) その他 | g) その他 |
-
- | | | |
|------------|--------|---------|
| 2. 脳血管疾患 | 5. 腎疾患 | 8. 精神疾患 |
| a) 脳梗塞 | | |
| b) 脳幹出血の既往 | 6. 肝疾患 | 9. その他 |
| c) その他 | | |

B. これまでに入院するような大きな病気にかかったことがありますか

はい (病名: _____ いつ頃: _____ 病院名: _____)
いいえ

C. 現在妊娠していますか?

妊娠中 (_____ か月) 授乳中 (乳幼児の年齢 _____ 歳 _____ か月) いいえ

D. 通院中の病院、担当の先生をお教えてください (_____)

E. 他の医院からの紹介状をお持ちですか はい いいえ

F. 服薬しているお薬があればお教えてください

G. アレルギーはありますか

- | | |
|----------|----------------------|
| 1. ない | |
| 2. ある | |
| a) 歯科麻酔薬 | d) 金属 (具体的に: _____) |
| b) ラテックス | e) 抗生物質・痛み止めなど |
| c) イソジン | f) その他 |

歯科疾患管理

A. 1日の歯磨きの回数をお教えてください

(_____)回 (朝 昼 晩 就寝前)

B. タバコは吸いますか

はい (_____)本/日 いいえ

C. 習慣的に飲む飲料物があればお教えてください (_____)

D. お使いの口腔ケア用品があればお教えてください

歯ブラシ (メーカー _____)

歯間ブラシ フロス タフトブラシ

洗口剤 (リステリン・モンダミン・ガム・その他 _____)

歯磨剤 (_____)

その他

E. 最後に歯科にかかったのはいつですか (_____)

F. 特定健診または高齢者健診を受けたことがある方にお尋ねします。いつ頃受け、どのような指摘がありましたか

(健診時期 _____ 指摘事項 _____)

アンケート

A) 治療期間の要望はありますか

- ① 記載の期日で終わらせてほしい (_____)まで
- ② 処置がひと段落するところまでで良い
- ③ 処置後も定期的に見て欲しい

- ④ 今は考えられない
- ⑤ その他

B) 受診日・時間の要望はありますか

- ① 通院しやすい曜日がある () 曜日
- ② 通院しやすい時間帯がある () 時ごろ
- ③ 通院しやすい期間がある ()
- ④ 特別には無い
- ⑤ その他

C) 当院では標準的な治療を行うことを心がけています。歯科治療の場合、まずは口腔衛生環境の確立を行った上で歯を被せることや入れ歯を作るなどを行います。

- ① 忙しいので標準治療は行わず、今困っているところだけで終わらせて欲しい
- ② 標準治療を遵守し対応して欲しい
- ③ 今困っているところは早めに解決して欲しいが標準治療を希望する
- ④ 相談して決めたい
- ⑤ その他

D) 治療の費用についてお尋ねします。健康保険給付範囲は標準治療と異なる部分があります。なお、当院では極力健康保険での診療を行うことを心がけています。

- ① 標準治療と異なっても構わないので、健康保険を優先してもらいたい
- ② 場合によっては健康保険外の治療でも構わないので相談したい
- ③ 極力、標準治療でやって欲しい

E) 当院をどのようにお知りになりましたか

- ① 看板を見て
- ② 紹介
- ③ インターネットを見てチラシ・
- ④ 記事などを見て
- ⑤ その他

問診票は以上です。ありがとうございました。

18歳以下問診票

18歳未満の方にお尋ねします

1. 歯の萌出はいかがですか
(ア) 周囲の子供に比べて遅い
(イ) 周囲に比べて早いまたは同じくらい
(ウ) わからない
2. 強く噛むことはできますか、柔らかいものばかり食べていませんか
(ア) 噛めないで柔らかいものを好んで食べる
(イ) 硬いものや繊維質のものも食べられる
(ウ) わからない
3. 食事の時に片方でばかり噛むようなことはありますか
(ア) よく片方で食べている
(イ) たまに片方で食べている
(ウ) 両方で食べられる
(エ) わからない
4. 気がつくとお口がポカンと開いていませんか
(ア) よく口が開いている
(イ) たまに口が開いている
(ウ) しっかり口を閉じることができている
(エ) わからない
5. いびきはかいていませんか
(ア) よくかいている
(イ) たまにかいている
(ウ) かいていない
(エ) わからない
6. 食事の時間はどのぐらいかかりますか
(ア) 噛むことができないので時間がかかる
(イ) 平均的と思う
(ウ) 早食い
(エ) わからない
7. 滑舌は悪く無いですか
(ア) 悪い
(イ) 気にならない
(ウ) わからない

50 歳以上問診票

50 歳以上の方にお尋ねします
 当てはまる欄に丸をお付けください

質問	A	B	C
肺炎と診断された事がありますか?	繰り返す	1 度だけ	なし
やせてきましたか?	明らかに	わずかに	なし
物が飲み込みにくいとを感じる事がありますか?	しばしば	時々	なし
食事中にむせる事がありますか?	しばしば	時々	なし
お茶を飲むときにむせる事がありますか?	しばしば	時々	なし
食事中や食後、それ以外の時にのどがゴロゴロ(痰が絡んだ感じ)することがありますか?	しばしば	時々	なし
のどに食べ物が残る感じがすることがありますか?	しばしば	時々	なし
食べるのが遅くなりましたか?	しばしば	時々	なし
硬いものが食べにくくなりましたか?	しばしば	時々	なし
口から食べ物がこぼれることがありますか?	しばしば	時々	なし
口の中に食べ物が残ることがありますか?	しばしば	時々	なし
食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることはありませんか?	しばしば	時々	なし
胸に食べ物が残ったり、つまった感じがすることがありますか?	しばしば	時々	なし
夜、咳で眠れなかったり目覚めることがありますか?	しばしば	時々	なし
声がかすれてきましたか?(ガラガラ声、かすれ声など)	しばしば	時々	なし