

当院の診療を受けるにあたって

当院では、関わる全ての人に喜んでもらいたいと思い、接客・医療に努めています。

アットホームな雰囲気では話が溢れ、かしまらず、リラックスできるような環境作りや、常に自分がされてよかったと思える治療を心掛けています。

歯は無くなったり、削ってしまうと元には戻りません。しっかりと説明をし、話し合いをしてお互いが納得してから治療を始めます。

お口の中の悩みを少しでも解消し、出来る限り自分の歯を残すお手伝いをします。歯は毎日使い一生付き合っていくものです。ご自身の歯を大切にしましょう。またコンプレックスを取り除き、楽しい毎日を送りましょう。

予約の日時につきましては、極力お待たせしないように努めてまいります。医療とはときに急患・急病変などを対応しなければなりません。お約束の時間からお待たせする場合もございます。ご容赦頂けますようお願い致します。

全ての皆様にしっかりと診療時間を取り、常に最良の医療を提供する為、予約時間に遅れないようお願いしたく存じます。患者様一人一人の診療時間を設定しており、遅れてしまうと診療時間が減ってしまい、途中で終了せざるを得なくなる場合がございます。遅刻や無断キャンセルが度重なる場合は、ご予約をお取りすることが難しくなる場合がございます。もし、キャンセル・変更・遅刻される場合は早めにご連絡をお願い致します。

当院では、与えられた条件内での最善の努力をいたしますが、病態や個々の事情、予期せぬ生体の反応等により期待通りの結果が十分に得られない場合がある事をご理解下さい。

治療の成功の可否についてはその如何^{いかん}に関わらず治療に関する金銭等は結果を保証するものではなく、払い戻しや無償でのやり直しには応じられません。とりわけ保険診療内の治療は、厚生労働省療養担当規制により規定通りの患者様負担をお願い致します。

補綴及び矯正に関するものについて、別途保証規定を設けた場合はそちらを優先いたします。

治療は、特段の相互関係をもとに行われることを理想としていますが、不十分な信頼関係のまま行わざるを得ない場合も残念ながらございます。また特に信頼関係が著しく構築できない場合、あるいは無くなってしまったと当方が判断した場合は、トラブルの原因となりますので診療はお断りさせて頂く場合がございます。

医療行為は全て、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になる可能性があることをご理解下さい。

当院では、病態の再発を繰り返さないためにも、予防型の歯科医院としての特徴を持っています。治療が終わり次第、定期健診等のご案内もさせていただきます。

自分の歯で食事をし、自分の歯と共に生きていく幸せを皆様に感じて頂ける様、努めてまいります。

私たちは医療従事者である事を自覚し、責任をもって診療しています。

一ツ木歯科医院としてスタッフ一同精一杯の努力と最善を尽くします。

同意します

(同意されない場合は当院での診療をお断りさせていただきます。)

西 暦 年 月 日

氏 名

未成年者の場合は保護者様氏名

診療申込書

令和 年 月 日

ふりがな
お名前

西暦 年 月 日生 (才) 男・女

ご住所 〒 _____

勤務先名・学校 _____ 自宅 (_____)

メールアドレス _____ 携帯番号 (_____)

- 1) どうなさいましたか? 歯が痛い(しみる、ズキズキする、噛むと痛い、その他) 歯が抜けた
むし歯がある つめ物・被せ物がとれた 入れ歯がほしい・合わない
歯ぐきが痛い(痛い、腫れている、血が出る、膿が出る、その他)
歯並びが気になる 歯を白くしたい 顎が痛い 口臭が気になる
歯をきれいにしてほしい(歯石など) 健診してほしい
その他 (_____)

いつから [_____] どこ

右上	前上	左上
右下	前下	左下

 [_____]

- 2) 当院をどのようにしてお知りになりましたか? かかりつけ 近いから 電話帳
建物・看板を見た ホームページを見た YouTube
知人・家族からの紹介(紹介者名: _____)

- 3) 現在の健康状態は 健康 他院(内科・外科等)に通院している
(病名: _____)(病院名: _____)
投薬中である(薬品名: _____)
妊娠の可能性があり 妊娠中(_____ ヶ月) 授乳中

- 4) 今までに大きな病気をわずらったことがありますか? ない 肝炎 輸血 血液疾患
高血圧 心臓病 頭・脳の病気 糖尿病 貧血 胃腸病
肝臓病 腎臓病 外科的手術 結核 じんましん 気絶
精神的な病 ぜんそく 肺・気管支の病気 その他

- 5) 特異体質(アレルギー)はありますか? ない ある(かぶれやすい・じんましんができる)
アレルギーがある(名: _____)
飲めない薬がある 口内炎がでしやすい 化膿しやすい その他

- 6) 前回歯科治療を受けられたのは? ない 当院 他院 (_____ ヶ月位前)(_____ 年位前)

- 7) 以前に歯を抜いたことがありますか? ない ある
ある場合の方へ その時に (異常なし・気分が悪くなった・血が止まりにくかった・その他)

- 9) 領収書は必要ですか? 必要ない 毎回欲しい まとめて(必要な時に受付に申し出て下さい)

- 10) 希望の先生はいますか? 特にいない げんき先生 こうだい先生

- 11) その他、ご希望、ご質問、ご相談などがございましたらご記入下さい。

⇒ 怖がり、治療時は毎回麻酔希望、急いで治療したい など

(_____)

◇当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したか?

はい・いいえ

ご協力ありがとうございました。

一ツ木歯科医院