

ようこそ、はじめまして。

エル歯科クリニック千里丘はこんな歯科医院です。



私たちはあなたの想いをしっかりと伺い、

「あなたに合った最善の治療、そして予防まで」を丁寧に行う歯医者です。

患者様がご自分の大切な時間を使って治療を受けに行ったのに、患者様が望まれているサービスと歯医者さんが提供するサービスが噛み合わなければ、お互いが不幸になってしまいます。

そうならないように、私たちは「私たちはこのような歯医者さんです」ということをあらかじめ患者様にお伝えする事によって患者様と医院とのミスマッチを防ぎ

「こんなはずじゃなかった・・・」という事にならないよう努めています。

「はじめての方へ」

あなたのお口の状況を正確に把握するため、はじめての方は各種検査を行います。

【レントゲン・写真撮影・虫歯のチェック・歯周病チェック】等

以下、同意して頂けましたら□にチェック（「レ」）をお願い致します。

- しっかりと治療を行うため、初診ではカウンセリングと各種検査を行います。
- 初診時は主に検査（と、痛みがある場合は痛みを取る処置）をさせていただきます。
※その他ご希望がありましたらこの後のカウンセリングでお話ください。
- 合間の待ち時間等全て含め1時間を超えるお時間をいただく場合があります。
- 詳細な検査結果や治療計画は次回以降のお伝えになる場合があります。
- お車をご利用で当院指定のコインパーキングにお停めいただいた治療の患者様は
次回、領収証をご持参頂く事で最大200円まで駐車代金を負担致します。
- うっかり忘れ防止のため可能な限り「予約日事前メールサービス」へのご登録をお願いします。
- 「時間がかかってもしっかり治したい方」に最適なシステムを組んでおりますが、
あなたのご要望を伺い最良の治療計画をご相談させていただきます。

初めての患者様へ

カルテを作成します。必要事項のご記入をお願い致します。

医療法人愛進会

日時 201 年 月 日

ふりがな		男 女	生年月日	(満	歳)
お名前			昭和・平成	年	月
ご住所	〒	※ご自宅電話番号		-	-
		※携帯電話番号		-	-
ご職業		Email	@		

現在の健康状態は？

良好 普通 不良

※女性の方・・・妊娠中（ 月）授乳中
妊娠の可能性はありますか？あり なし

今までにかかった、もしくは現在かかっている病気はありますか？

特になし 肺炎 肝臓病(C型肝炎 B型肝炎 その他「 」)
HIV 梅毒 その他()

※以下の疾患に関しては、歯科治療においても全身状態のモニタリングが必要な場合がございます。

高血圧 心臓のご病気 不整脈 脳血管に関係するご病気(病名「 」)
喘息 甲状腺のご病気(病名「 」) てんかん 自律神経失調症
腎臓・副腎のご病気(病名「 」) 骨粗鬆症 糖尿病

次のようなことがありますか？

特になし 顔が化膿しやすい じんましんがしやすい 湿疹がしやすい
口内炎にかかりやすい 薬過敏(薬品名：) 下痢しやすい
喘息がある 風邪を引きやすい 血が止まりにくい 麻酔がききにくい
薬を飲むと胃が痛くなる 花粉症である 薬アレルギー(薬品名：)
食品アレルギー() その他()

現在飲んでいるお薬はありますか？

飲んでいない ビタミン剤 ホルモン剤 血圧の薬 糖尿の薬
その他() お薬手帳を持っていますか？はい いいえ

以前に歯を抜いたことがありますか？

はい →その時異常はありましたか？ →異常なし 抜いたことがない
気分が悪くなった 血が止まりにくかった その他()

血圧の状態は？

高い 普通 低い 最高： 最低：

<p>①当院はどのようにお知りになりましたか？</p>	<p>□お知り合い・ご家族からのご紹介（ご紹介者のお名前： _____ 様） <input type="checkbox"/> 通りがかりに建物を見て <input type="checkbox"/> スマホで検索 <input type="checkbox"/> PCで検索 <input type="checkbox"/> E-PARK <input type="checkbox"/> エキテン <input type="checkbox"/> フェースブック <input type="checkbox"/> お近くにお住まいで以前から知っていた <input type="checkbox"/> まるごとマーケット <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>
<p>②どうなさいましたか？</p>	<p><input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> はれた <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔が腫れている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 診察をして欲しい <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>
<p>③前回検診治療をうけられたのは？</p>	<p><input type="checkbox"/> 「当院」で _____（20 _____年 _____月頃） <input type="checkbox"/> 「他医院」で _____（20 _____年 _____月頃）</p>
<p>④その時(③)の感想はいかがでしたか？</p>	<p><input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変だった <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> 説明があり良く理解できた <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>
<p>⑤診察についてのご希望があれば教えてください。また理由があれば教えてください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 20 _____年 _____月 _____日までに治療を終了したい（理由： _____） <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少なくして欲しい（理由： _____） <input type="checkbox"/> こわがりなので、注意して欲しい（きっかけ： _____） <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治して欲しい（理由： _____） <input type="checkbox"/> 該当箇所だけでなく、お口の中全体を治して欲しい（理由： _____） <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくい または 今まで麻酔が効きにくいと言われた（いつ： _____） <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング（相談）の時間を設けて欲しい（理由： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）</p>
<p>⑥予約についてのご希望があれば教えてください。</p>	<p>・来院できる曜日は・・・ <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>火 <input type="checkbox"/>水 <input type="checkbox"/>金 <input type="checkbox"/>土 <input type="checkbox"/>不定期で未定 ・来院できる時間帯は・・・ <input type="checkbox"/> _____時 _____分～ _____時 _____分頃 <input type="checkbox"/>いつでも</p>
<p>☆歯や歯ぐきについて</p> <p><input type="checkbox"/> 歯の黄ばみが気になる・もっと歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 差し歯・詰めた歯・被せた歯の色が合っていない <input type="checkbox"/> 茶渋やヤニが気になる <input type="checkbox"/> 歯石がつきやすい <input type="checkbox"/> 歯ぐきが下がってきたのが気になる <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 歯ぐきの黒ずみが気になる <input type="checkbox"/> 知覚過敏がある（しみる歯がある）</p>	<p>☆口臭について</p> <p><input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 舌の汚れが気になる <input type="checkbox"/> 目が覚めた時に口がネバネバする</p> <p>☆ホワイトニングに興味がありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 話を聞きたい <input type="checkbox"/> ない</p> <p>☆歯並びが気になりますか？ <input type="checkbox"/> 気になっている <input type="checkbox"/> 気にならない</p>
<p style="text-align: center;">治療に関するご希望について</p> <p>(ア) 下記項目に関して、治療で重視されることを重要な順に並べてください。 ①装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などが出来るだけ長くもつこと（耐久性） ②治療した箇所の虫歯・歯周病が再発する可能性を出来るだけ低くすること（再発リスク） ③自然に美しく見えること（審美性） ④天然の歯のように、出来るだけ違和感なく噛めること（機能性） ⑤金属アレルギーなどになりやすく、できるだけ身体にとって安全であること（安全性）</p> <p>最も重要な順から（ _____ ）→（ _____ ）→（ _____ ）→（ _____ ）→（ _____ ）</p> <p>(イ) 下記A～Cより該当するものをひとつお選びください。 →→→私は <input type="checkbox"/>A <input type="checkbox"/>B <input type="checkbox"/>C です。 A.とにかく治療にかかる費用が少ない事が最も重要である B.費用は少ない方が良いが、治療の違いについて説明を受けた上で治療方法を検討したい C.費用に関わらず、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい</p>	