

# ■■■■ 利用規約 ■■■■

治療は患者様と医療者双方の相互理解がなければ成立しないと考えております。  
安全でより快適な治療を提供するためのお約束です。

## 患者様の権利

1. 良質で適切な歯科医療を公正に受ける権利があります。
2. 担当の歯科医師を選ぶ権利があります。
3. 納得がいくまでの十分な説明と情報提供を受ける権利があります。
4. 治療方法等を自らの意思で選択し、決定する権利があります。
5. 治療方法等の決定にあたり、他の歯科医師の意見(セカンドオピニオン)を求める権利があります。

## 患者様へのお願い

1. ご自身の健康に関する情報、既往歴(過去にかかった病気の履歴)は正確にお伝えください。
2. 治療に関してご不明な点は、ご遠慮なくご質問ください。
3. 指示された注意事項・ブラッシング等のホームケアは確実に実施し、医療行為が円滑に行えるようご協力ください。
4. 健康維持のため、定期的なメンテナンスケアをお受けください。
5. 他の患者様のご迷惑にならないようお願いいたします。
6. 防犯・保安の関係上、院内の録画及び集音等をさせていただいておりますので、ご了承ください。
7. **予定した治療計画を円滑に行うため、時間通りご来院ください。遅刻・やむを得ず来院が困難な場合は必ず事前にご連絡ください。**

## 診療所の権利と責任

1. 患者様と相互協力が得られない場合、診療をお断りする権利があります。
2. 患者さまが望まれた治療内容であっても、医学的・生物学的に困難な場合、歯科医師の判断によってその治療を行わない権利があります。
3. 患者様と合意のもとに行った場合、その治療に対する対価を受ける権利があります。
4. 個人情報の取り扱いに細心の注意をはらい、秘密を厳守します。
5. 患者様が受ける治療内容の十分な説明と情報提供をいたします。
6. 専門医の対応や精査等が必要な場合は、大学病院などの提携医療機関に紹介いたします。
7. 担当歯科医師と歯科衛生士および歯科助手がチームとなって、経過を把握しながら口腔の健康を維持します。当院は、担当医・担当歯科衛生士制が基本となっています。担当医の変更をご希望の際は、ご遠慮なく受付へお申し出ください。
8. 安全で質の高い医療提供を心掛けておりますが、万が一、医療ミスが起きたときには、その経過を十分にご説明し、誠意を持って最善の対応をさせていただきます。

年 月 日

# 歯科問診票

治療の参考とさせていただきますので、すべての項目にご記入くださいますようお願いいたします。

ふりがな				職業				
氏名				生年月日	大・昭・平・令			
					年 月 日			
	男・女			年齢	歳			
住所	〒 - -							
電話番号	-	-	-	緊急連絡先				-
携帯番号	-	-	-					-
本日はどうなさいましたか？				1. 痛い 2. しみる 3. 欠けた 4. 腫れた 5. 虫歯がある				
右上	前上	左上	6. 詰め物がとれた(とれた物がある・ない) 7. 入れ歯が合わない					
右下	前下	左下	8. 歯石取り 9. その他( )					
過去、現在において、右記の病気などで通院経験がありますか？ ※オンライン治療含む				1. ありません 2. 肝疾患(A型・B型・C型・アルコール性・その他) 3. 高血圧 4. 心臓・脳血管の循環器系疾患 5. 糖尿病 6. 血液疾患 7. 腎疾患(透析あり・なし) 7. 花粉症 8. 蓄膿症 9. 喘息 10. 整形外科・精神科・心療内科・内科・婦人科・耳鼻科・眼科 ※通院歴がある場合は必ずご記入ください。( )				
現在、医療機関に通院中ですか？				いいえ・はい 医療機関名/担当医名:				
現在の血圧は？				最高 / 最低 mmHg ・ わかりません				
輸血の経験は？				ありません・あります → それはいつですか?( )				
お薬を服用中ですか？ 注射薬も含めてお薬の名前が おわかりになるようでしたら ご記入ください。 お薬手帳をお持ちの方は必ずご提示ください。				いいえ・はい ※骨粗しょう症の治療経験のあるかたは、必ずお申し出下さい。 1. 降圧剤 2. 血をサラサラにする薬 3. 安定剤 4. 鎮痛剤(痛み止め) 5. 胃薬 6. 喘息薬 7. 抗生剤 8. 骨粗しょう症(服用・点滴) 8. その他( ) 【薬品名】 別紙あり□				
お薬を飲んで副作用、 または食物アレルギーが起 こったことはありますか？				ありません・あります (薬品名・食物名: ) 1. じんましん 2. 下痢 3. 動悸 4. 眠気 5. 呼吸困難 6. 便秘 7. その他( )				
歯科麻酔の経験はありますか？				あり・なし	抜歯の経験はありますか？			あり・なし
その時に異常はありませんでしたか？				ありません・あります 1. 翌日まで血が止まらなかった 2. 貧血を起こした 3. その他( )				
喫煙についてお伺いします。				する(1日に 本くらい)・しない・以前喫煙していた( 年前まで)				
女性の方にお伺いします。				妊娠の可能性は？ ある・ない / 出産予定日: 年 月 日				
				授乳中ですか？ いいえ・はい				
診療などについてご希望があればご記入ください。								
当院をお知りになったきっかけは何ですか？				1. 看板 2. インターネット 3. 近所だから 4. 口コミ 5. 以前に通院 6. 紹介(ご紹介者: ) 7. その他( )				
利用規約に同意しますか？				1. 同意します 2. 同意しません				
				はい・いいえ				
マイナンバーカードを利用して、 受診しますか？				上記で「はい」と答えた人は、診療情報(受診歴・健診歴・服薬歴)の取得に 同意しますか？ 同意する・同意しない				