

個人情報収集に関する目的及び活用の同意確認書

百瀬歯科医院では、常に質の高い医療の実現とより良い患者サービスの提供を目標に、診療業務を行っております。患者さんの健康状態に応じて迅速に的確な医療を提供させて頂く為には、患者さんに関する様々な医療情報が必要です。当院では個人情報保護に関する法律を遵守し、管理の下に情報を取り扱っておりますが、個人情報保護の観点から皆様より下記の項目についての同意・御確認を頂きます様お願いいたします。

(1)患者さんの診療に必要な場合

- ・患者の診療や説明、ならびに患者の家族に対する説明の為。
- ・他の医療機関へ患者を紹介する場合。または患者の診療にあたって他の医療機関の医師の意見を照会する場合。
- ・調剤を行っている調剤薬局や、受診なさっている他の医療機関からの紹介に対しての返答

(2)医療事務あるいは経営上必要な場合

- ・診療報酬の請求業務
- ・医療機関の経営・運営の為の基礎データ
- ・医療監査や医療指導監査への対応

(3)医療の向上への寄与

- ・臨床治験ならびに基礎研究のためのデータ収集
- ・歯科医師や歯科衛生士、その他の医療従事者の教育や臨床研修

(4)行政上の業務への対応

- ・がん登録の様な公益性の高い疫学調査の実施
- ・厚生労働省などの医療行政等に関わる統計・調査・サーベイランス事業
- ・保健所など公的機関に対する保健医療及び公衆衛生上の報告

(5)保険業務への対応

- ・労働者災害補償保険や自賠責の手続きなど
- ・一般の保険会社などからの問い合わせ

(6)その他問い合わせ

- ・患者の職場、学校に対する情報提供
- ・警察、裁判所、税務署などからの問い合わせ

●乳幼児の方、医師が必要と判断した患者さんについては、親権者や保護者の方にご判断頂きます。

●一括して個人情報の削除を求められた場合、当院では医師法・歯科医師法・医療法などで期待された保存期間を遵守の点から対応できませんのでご了承ください。

●当院で診療遂行上、必要と認める情報の提供または利用を拒否された場合には、診療が十分に行われ
ない可能性がある事をご留意ください

上記(1)～(6)の項目の中で同意いただけない項目に関しましてはご遠慮なくお伝えください。

上記の収集目的に同意いたします。 氏名 _____ 年 月 日

同意できない項目 _____

成人歯科問診票

No. 年 月 日記入

(ふりがな)

氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 明・大・昭・平 _____ ・ _____ 年齢 _____ 才 _____

〒

住所 _____ TEL(携帯) _____ (自宅) _____

E-mail: _____ @ _____ ご紹介者名 _____

勤務先 _____ かかりつけ医 _____

※当院では予約のうっかり忘れ防止の為、予約日前日にご予約確認メール配信サービスを行っております。

※以下の内容は、皆様の歯の健康を守ってゆくうえで非常に大切な内容です。全3ページと項目が多くお手数をおかけしますが、ご協力をお願いいたします。

1. 本日はどうなさいましたか？ (なるべく詳しく)

2. いつ頃からですか？

_____ 日前から _____ ヶ月前から

3. 最後に歯科を受診なさったのはいつ頃ですか。

_____ 年 _____ 月頃 ・ 初めて

4. 今までに歯を抜いたり、麻酔をした時に異常がありましたか。

_____ ない ・ ある (具体的に _____)

5. 現在常用している薬はありますか。

_____ ない ・ ある (薬品名: _____)

6. 過去に薬や食品等でアレルギーが出た事がありますか。

_____ ない ・ ある (具体的に _____)

7. アレルギー体質ですか。

_____ いいえ ・ はい(具体的に _____)

8. ペースメーカーを使用していますか。

_____ 使用していない ・ 使用している

9. 今までに手術や輸血を受けたことはありますか。

_____ ない ・ ある(いつ頃 _____ 病名 _____)

10. 下記の病気に罹った事がある方は○をお付け下さい。

脳梗塞・肝臓の病気・心臓の病気・腎臓の病気・ガン・ウイルス性肝炎・骨そしょう症

高血圧・白血病・血友病・糖尿病・梅毒・AIDS

(具体的に _____ 年 _____ 月頃から 治療経過 _____)

11. 現在の健康状態はいかがですか。

_____ 良好 ・ 普通 ・ 悪い

12. 現在妊娠していますか？もしくは可能性がありますか。

_____ いいえ ・ はい(_____ ヶ月)

13. 歯科治療に際しご希望はございますか。

A. 全て保険診療の範囲内で考えたい。

B. なるべく保険診療での治療を希望するが、自由診療の説明はして欲しい。

C. より良い結果を期待できるのであれば積極的に自由診療を考えたい。

(上記B.Cの方、見積書を希望する _____ はい・いいえ _____)

14. 特に気になる内容がございましたら○をお付け下さい。

審美治療・インプラント・歯周再生治療・予防歯科・ホワイトニング・歯列矯正・かみ合わせ・その他

15. 当院にご来院なさったのは

_____ 初めて ・ 以前に来た (いつ頃 _____)

16. ご家族で当医院にご来院なさった方はいらっしゃいますか。

_____ いいえ ・ はい(どなたですか _____)

- A. 当医院をお知りになったきっかけは何ですか。
1. 知人の紹介
 2. 歯科医からの紹介
 3. 看板を見て(電柱・駅)
 4. 近くだから
 5. 本・雑誌 (雑誌名)
 6. インターネット (当院ホームページ・その他のサイト)
- B. ご職業は何ですか。 ※ 平均睡眠時間 () 時間 規則正しい ・ 不規則
1. 公務員
 2. 会社員
 3. 教員
 4. 医師・医療従事者
 5. 介護・福祉関連
 6. 自営
 7. パート
 8. その他
- C. お子さんはいらっしゃいますか。 ()人
- D. お仕事の内容はどの様なものが多いですか。(複数回答可)
1. デスクワーク
 2. 営業
 3. 接客
 4. 物づくり
 5. 現場作業
- E. 普段の飲み物はどの様なものが多いですか。
1. ほとんどお水かお茶、ブラックコーヒーや、ストレートティーである
 2. 食事の時以外に時々ジュースやコーヒー・紅茶(砂糖・ミルク入り)を飲む
 3. 頻繁にジュースやコーヒー(砂糖・ミルク入り)などを飲む
- F. 間食の回数や量はどうか。
1. 甘いお菓子や飲み物は取らないようにしている
 2. 間食は回数を決め、量にも気を付けている
 3. 特に決めず、気が向いたときにその都度食べている
- ※ 食事以外で、食べたり飲んだりする回数は1日何回ですか()回
- G. 夜眠る直前に飲食する事がありますか。(お茶・水以外) 1. よくある 2. たまにある 3. ない
- H. 歯磨きの回数はどうか。
1. 1日2回以上、夜眠る前には必ず歯磨きをする
 2. 1日1回歯磨きをする
 3. 歯磨きをしないことが多い
- ※ 1回の歯磨き時間は何分ですか。()分程度 ※歯磨き粉はお使いですか。(はい ・ いいえ)
- I. 虫歯・歯周病の発症メカニズムについて教わったことがありますか。
1. ある
 2. ない (知りたいと思いますか。 はい ・ いいえ)
- J. 歯垢を染め出してブラッシングのチェックを受けたことがありますか。
1. 定期的に受けていた
 2. 昔やったことがある
 3. 1度もない
- K. デンタルフロスや歯間ブラシをご存知ですか。
1. 使用している (時々も含む)
 2. 知ってはいるが、使用していない
 3. よく知らない
- L. 三度の食事は規則正しく食べていますか。 はい ・ いいえ
- M. お食事の量はいかがですか。
1. よく食べられる
 2. 普通だと思う
 3. あまり食べられない
- N. お食事は楽しみですか。
1. とても楽しみだ
 2. 普通
 3. あまり楽しみではない
- O. 食べにくいと感じるものはありますか。
1. ない
 2. ある(具体的に)
- P. 歯ぎしりをしていると人から言われたり、自分で気が付く事がありますか。 1. ある 2. ない
- Q. 口臭が気になることはありますか。 1. よくある 2. たまにある 3. ない

- R. 口の渇きが気になる事はありますか。 1. よくある 2. たまにある 3. ない
- S. お酒はお飲みになりますか。 1. はい (1日どれ位ですか) 2. いいえ
- T. タバコは吸いますか。 1. はい (喫煙歴 年, 1日 本) 2. 吸っていたがやめた 3. いいえ
- U. 今後、歯を失わずに過ごしたいと思いませんか。 1. はい 2. 気にしていない
- V. リスクに基づくメンテナンスにより、虫歯・歯周病は予防可能な事をご存知ですか。 はい ・ いいえ
- W. 虫歯・歯周病予防の為にメンテナンスを受けたいと思いませんか？ はい ・ いいえ

X. 今後の生活において、ご自身の口腔・歯についての理想もしくは目標を教えてください。

()

Y. その他、治療に関しての希望や、注意して欲しい事、疑問な点等ありましたらご記入ください。

()

※ なお、通院しやすい曜日・時間帯がございましたらお知らせください。

月・火・水・木・金・土 (時 ~ 時)

月・火・水・木・金・土 (時 ~ 時)

月・火・水・木・金・土 (時 ~ 時)

ご協力まことにありがとうございました。

ご記入いただいた情報は診療目的以外には使用いたしません。

百瀬歯科医院