

<p>フッ化物の塗布を希望しますか？ <input type="checkbox"/> 保険内なら塗布してほしい <input type="checkbox"/> 塗布しないでほしい <input type="checkbox"/> 保険外でも塗布してほしい</p>
<p>口腔機能発達不全症の診察を希望されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 話だけ聞いてみたい (診察希望の方は別紙の口腔機能発達不全症用の問診票にも記入をお願いします)</p>
<p>他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>
<p>今回の治療の希望を教えてください <input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 相談してから決めたい</p>
<p>当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>その他 ()</p>

※マイナ保険証とは、マイナンバーカードの保険証のことです。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※ご協力ありがとうございました。