



質問表・病歴
Anamneseformular

お名前・姓名 Name (ローマ字で)

生年月日/出生地・性別 : M 男性 W 女性

ご住所 ストリート名 Adresse

郵便番号 PLZ / 市町村

お電話番号(ご自宅 / 携帯番号 Tel.Privat)

お電話番号 (勤務先 Tel.Büro)

E-Mail

ご職業 Beruf

健康保険会社の名前

Name der Krankenkasse / Versicherung

公的保険(Gesetzlich versichert)

旅行保険(Reiseversicherung)

プライベート保険
(Privat versichert - **nicht** im Basistarif)

付加保険あり (Zusatzversichert)

プライベート保険—基礎保険料のみ
(im Basistarif)

今まで通われていた歯科医院の名前や住所、電話番号をご記入ください。
Früherer Zahnarzt - Name, Adresse, Telefon

ホームドクターの名前や住所、電話番号をご記入ください。
Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

未成年者、ないしは患者と保険契約者名が一致しない場合はご記入をお願いします
Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen

お名前 (保険契約者)

生年月日

ご住所

郵便番号 / 市町村

未成年者治療同意書 Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

18歳未満の患者さんの場合には保護者の治療同意が必要です。(急性の痛み等、絶対的に必要な治療を除く)

日付

保護者 (親)

〜〜裏面のご記入もお願いします〜〜



下記の質問に可能な限り詳細にお答えください：

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand :

健康状態 Gesundheitszustand	チェックして下さい Bitte ankreuzen	追加情報 Zusätzliche Informationen
----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

心・循環器系の疾患

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

高血圧 Hypertonie

Yes No

心臓疾患 Herzerkrankung Yes No

低血圧 Hypotonie

Yes No

心臓手術 Herzoperation Yes No

心弁膜症 Herzklappenerkrankung

Yes No

ペースメーカー Herzschrittmacher Yes No

感染症 Infektionserkrankungen:

アレルギー Allergien / Unverträglichkeiten

HIV 陽性 Yes No

局所麻酔 Lokalanästhetika Yes No

肝炎 Hepatitis Yes No

解熱剤／鎮痛剤 Schmerzmittel Yes No

結核 Tuberkulose Yes No

抗生物質 Antibiotika Yes No

その他の感染症 andere:

その他のアレルギー andere:

その他の病気 Weitere Erkrankungen:

血液凝固異常 Blutgerinnungsstörungen Yes No

喘息 Asthma Yes No

肺疾患 Lungenerkrankung Yes No

甲状腺疾患 Schilddrüsenerkrankung Yes No

リウマチ Rheuma Yes No

腫瘍/がん Tumor/Karzinom Yes No

ビスフォスフォネート系に属する抗がん剤の使用 Bisphosphonate

Yes No

その他の疾患 andere:

〜〜裏面のご記入もお願いします〜〜



一般情報 Allgemeine Angaben:

麻薬の使用 Yes No
医薬品としての処方含む
Drogenkonsum

「Yes」と答えた方・薬の名前:

お酒を飲みますか Yes No
Alkoholgenuss

Selten まれに Ab und zu 時々 Täglich 毎日

喫煙 Raucher Yes No

0-10 über10 本以上/一日

お薬を服用中ですか Yes No
Regelmäßige
Medikamente

Seit wann? いつから? / 薬の名前:

2年以内に歯のレントゲン
写真を撮りましたか Yes No
Frühere Röntgen beim
Zahnarzt

Röntgen: wann und welche Stelle? いつ頃/ どの部分:

女性の方・妊娠の可能性は? Yes No
Schwangerschaft

「Yes」と答えた方、何週目ですか:

当院、Karami 歯科のことをどちらでお知りになりましたか?
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

誓約書

- 当院の守秘義務やデータ保護管理規定に従い上記の情報は機密扱いされております。私（患者）はデータの保存に同意します。
- 治療期間に生じた保険会社の変更、疾患、引越し等の変更については速やかに当院に知らせます。
- 予約した診療時間を守ります。診療時間が都合に合わなくなった場合には、診療日の1日前までに予約をキャンセルすることを約束します。キャンセルの連絡をしなかった場合、予定する治療時間のキャンセル手数料（1時間あたり 150€）が課されることに同意します。

日付

サイン
患者/保護者

〜〜裏面のご記入もお願いします〜〜

プライベート保険患者の皆様へ、 Information für Privatversicherte

よりスムーズな治療を行うために、下記の質問にお答え願います。

Um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen, bitten wir Sie folgende Punkte zu beachten:

① ドイツ滞在予定は大体いつからいつ頃までですか。

Bitte teilen Sie uns ihre voraussichtliche Aufenthaltsdauer in Deutschland mit.

② ご加入されている保険がカバーする歯科治療の年間限度額はどれくらいですか。

Bitte teilen Sie uns den Jahreszuschuß Ihrer privaten Krankenversicherung mit.

* 当院は歯科専用請求会社（DZR）に請求書の発行を委託しておりますので、そのための同意書にサインをお願いします。事前に特別な取り決めが無い限り、お支払いは請求書を受け取ってから請求会社（DZR）にお振込みください。DZRを通してお支払いする場合は無利息で6回までの分割払いが可能ですので、ご希望の際はお気軽にご相談ください。

治療を計画する段階で見積書を発行しますのでご加入の保険会社に提出していただき、承認が下りた時点で治療を開始することができます。

Wir arbeiten mit einem Rechnungszentrum zusammen. Sofern nicht anders vereinbart, bitten wir Sie die Zahlung erst nach Rechnungserhalt und ausschließlich an das Rechenzentrum zu leisten.

* 保険の加入条件の変更やご連絡先(住所・電話番号など)の変更等は必ず当院にお知らせください。Bitte teilen Sie uns sofort jegliche Änderung Ihres Versicherungsstatus mit.

注意点: 保険内容によっては、治療費が全額賄われない事もあります。保険が賄わない分に関しては、自己負担になることをご理解下さい。

Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß Leistungen evtl. nicht in vollem Umfang übernommen werden könnten.

ご質問等ございましたらお気軽にどうぞ。

Für eventuelle Fragen stehen wir Ihnen natürlich jeder Zeit gerne zur Verfügung.

自己負担について私(患者)は、同意いたします。

Ich verpflichte mich mit meiner Unterschrift, evtl. nicht übernommene Kosten, selbst zu tragen.

日付/サイン

カラミ歯科医院
Ihre Zahnarztpraxis B.Karami