

(当院記入：No. _____)

こちらを、A4用紙（無ければ他のサイズも可
です）に印刷、記入の上、ご来院いただけま
すと助かります。

ひでかず歯科口腔外科クリニック Ver.1.3

キトキト検診（25/50） 質問票

ふりがな		生年月日	保険証の性別	
お名前		昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)	男・女
ご住所	〒 _____			
電話番号	①自宅またはご本人の携帯電話	②（必要により）代理の方の連絡先	ご職業	

○ キトキト検診を、なにでお知りになりましたか？□にチェックをしてください。
インターネット（□当院ホームページ / □ X / □instagram / □Google map □その他）
□院内の掲示 □親族・知人から聞いた □その他（ _____ ）

○希望のキトキト検診を選択し、□にチェックをつけてください。

□ キトキト検診25（25分以内：3900円（税込））

①～⑤より1項目選択

□ キトキト検診50（50分以内：7000円（税込））

①～⑤より2項目選択

検診項目（希望項目の□にチェックを入れてください）

- ①□腔粘膜検診 □ ②□臭測定検診
□ ③「□腔粘膜の不安、お話を聴きます」
□ ④舌の機能検診 □ ⑤□腔乾燥検診

（各項目の内容および注意事項は、院内掲示または
当院ホームページ内「キトキト検診」をご覧ください。）

本検診は、

「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について（保医0323第1号 令和2年3月23日）

2 療養の給付と直接関係ないサービス等

(4) 医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用

工 治療中の疾病又は負傷に対する医療行為とは別に実施する検診（治療の実施上必要と判断し検査等を行う場合を除く）

本検診の実施に同意をいただける方は、チェックをしてください。 → □ 同意の上、受けます

ご記入ありがとうございます。受付へお渡しく下さい。