

歯科口腔外科問診票

ID: _____

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意 しない する 持っていない

1. 現在の症状を具体的に記入してください。

- 抜歯をすすめられた 歯肉等が腫れている 顎の関節の痛み 舌等に潰瘍がある
その他(詳細をお書きください)

その症状はいつ頃からですか？

2. 今までに大きな病気にかかったことがありますか？ (はい いいえ)

該当があれば○をしてください。

(心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・血液疾患・胃腸病・
その他 _____)

3. 現在、大船中央病院以外の病院にかかっていますか？ (はい いいえ)

大船中央病院の他の科にかかっていますか？

病院 _____ 科 _____ 病名 _____

4. 現在飲んでいる薬はありますか？ (はい いいえ)

本日お薬手帳はありますか？ (はい いいえ)

わかれば薬の名前を記入してください。(お薬手帳をご提示ください)

5. 血圧が高いと言われたことがありますか？ (はい いいえ)

血圧 _____ / _____

6. 以前に歯を抜いたことがありますか？ (はい いいえ)

7. その時に気分が悪くなったり、何か異常がありましたか？ (はい いいえ)

あればどのようになったのか具体的に記入ください。

8. 血が止まりにくいですか？ (はい いいえ)

9. 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？ (はい いいえ)

わかれば薬の名前を記入してください。

10. 女性の方にお聞きします。

現在 (妊娠していない 妊娠の可能性がある 妊娠 _____ か月)

11. 3ヶ月以内に海外への渡航歴はありますか？ (はい いいえ)

「はい」の方 渡航した国(都市名まで記入)

期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日