

歯科口腔外科問診票

氏名（ ） 男・女 年齢（ ） 歳
職業（ ） 電話（ ）

* 未成年者は保護者氏名（ ）

下記の事項に記入またはあてはまるものを○で囲んでください。

① いつ頃からどのような症状がありますか？できるだけ詳しく記入してください。

※紹介状の有無に関わらず、必ずご記入をお願いします。

② 健康状態について

1. 最近の健康状態はいかがですか？

良い ・ 普通 ・ 疲れやすい ・ 良くない ・ その他（ ）

2. 現在、医者にかかっていますか？これまでにかかっていたか？ いいえ ・ はい

⇒「はい」に○をつけた方にお聞きします。それはいつ頃から、どの医療機関で、どのような病名と言われましたか？

➤ (病名：)で、()頃から、

(医療機関名：)にかかっている。

➤ (病名：)で、()頃から、

(医療機関名：)にかかっている。

➤ (病名：)で、()頃から、

(医療機関名：)にかかっている。

➤ (病名：)で、()頃から、

(医療機関名：)にかかっている。

➤ (病名：)で、()頃から、

(医療機関名：)にかかっている。

⇒裏面もあります。必ずご記入ください。

3. 今 何か薬を使用していますか。 いいえ ・ はい

(薬品名 _____)

※お薬手帳などお持ちの方は、必ず提示してください。

4. 薬を飲んだ時や、つけたときに薬まけや、じんましんがでたことがありますか？

あるいは医者や、歯科医師から注意するように言われた薬がありますか。

ない ・ ある (薬剤名: _____)

5. 今までに食べ物など (卵、サバ、ネコ、ハウスダストなど) でアレルギー症状が出たことはありますか？ ない ・ ある (食材名など: _____)

6. 少しのケガでも血が止まりにくいことがありますか。 ない ・ ある

7. 嗜好について 酒⇒1日 約 _____ 合、タバコ⇒1日、約 _____ 本、その他 (_____)

8. (女性の方のみ) 妊娠中ですか？ いいえ ・ はい (_____ 週)

生理中ですか？ いいえ ・ はい

③ 歯科受診歴について

1. 現在かかっている、もしくは以前かかっていた、かかりつけの歯科医院はありますか？

ない ・ ある (歯科医院名: _____)

2. 今までに歯科の麻酔注射、あるいは歯を抜いたことがありますか。

ない ・ ある (最も近い時期 _____ 頃)

⇒「ある」に○をされた方は、そのとき異常なことがありましたか？

ない ・ ある (その時のことを詳しく⇒ _____)

【歯科口腔外科を受診される皆様へのお知らせとお願い】

- ◆ ご記入いただきました情報は、診療に必要な範囲においてのみ活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。
- ◆ 当科は口腔外科診療を主に行っており、歯科治療に関しては一般歯科医院と連携して治療にあたらせて頂いております。このため、当科で適切に診断した上で、一般歯科医院での治療が望ましいと判断した場合は、かかりつけの歯科医院などを御紹介させていただく場合がございます。 あらかじめご了承ください。
- ◆ 基本的に自費診療に関しては対応しておりません。あらかじめご了承ください。