

# 歯科口腔外科問診表

ID: \_\_\_\_\_

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

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

HP 用