

歯科口腔外科問診票

ID: _____

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

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めます。

正確な情報を取得・活用する為マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意 する・しない・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)

分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ご記入ください。

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)

分かれば薬の名前記入してください。

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)

国名 _____ 期間 _____