

歯科口腔外科問診票

受診日 年 月 日

お名前： _____

年齢： _____ 才 _____ 男・女

身長： _____ cm 体重： _____ kg

■次の質問にお答えください

- 今回の来院は他院からの紹介ですか？
はい(紹介状：有・無)・いいえ
・渡航歴はありますか？(6ヶ月以内)
(ある・なし)
(国名： _____ 期間 年 月 日～ 年 月 日)
- 今回来院された理由は？(複数回答可)
 - 親知らずの抜歯
 - アゴが痛い・口が開けにくい・雑音がする
 - 口の中や舌がヒリヒリする・乾燥する
 - 口の中にできものができた(口唇・歯肉・舌・頬粘膜)
 - アゴがずれている・顔面が変形している・咬み合わせが悪い
 - 親知らずや虫歯等で顔が腫れた
 - 顔面を打った・顔面(唇や歯肉)にけがをした
 - 持病(心疾患等)があつて開業医歯科から紹介をうけた
 - インプラントの希望・相談
 - その他(_____)
- 本日このような症状はありませんか？(どちらかに○をお願いします)
最近急に味がわかりにくくなった(あり・なし)
- 今までにかかった病気についてお答え下さい(複数回答可)
 - 心疾患
 - 肝臓疾患
 - 腎臓疾患
 - 糖尿病
 - 喘息
 - 高血圧
 - アレルギー疾患
 - 膠原病
 - 血液疾患
 - 骨粗鬆症
 - その他(_____)

※具体的な病名がわかる方は、病名について下に記入をお願いします。

[_____]
- 今までに歯科で抜歯されたことはありますか？(はい・いいえ)
- 現在、治療中のご病気はありますか？(はい・いいえ)病名(_____)
- ペースメーカーやステントなど金属が体の中に入っていますか？(はい・いいえ)
- 現在服用している薬はありますか？
はい お薬手帳持参(_____) ・ いいえ
- 血液をさらさらにする薬、あるいは固まりにくくなる薬を処方されていますか？
はい ・ いいえ
- 現在、骨粗鬆症の薬を飲んでいる 又は、定期的に点滴・注射をしていますか？
はい 薬の名前(_____) いいえ

裏面へ

11. アレルギーについて

・薬物アレルギーはありますか？

はい(アルコール ・ ヨード ・ ラテックス)その他()・ いいえ

・食物アレルギーはありますか？ ()

・歯科など麻酔(キシロカイン)をして調子を崩されたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

12. 生活習慣についてお尋ねします

〈喫煙状況〉 ・ 吸う →紙巻きタバコ(種類:) (1日: 本× 年)

加熱タバコ (種類:) (1日: / 年)

電子タバコの使用(ある ・ なし)

・吸わない

・やめた(年前から禁煙)

受動喫煙:同居者で喫煙している人はいますか？

いる (喫煙者の続柄 :) いない

〈飲酒〉 飲む (1日量:ビール 本・酒 合・その他)・ 飲まない

〈睡眠時間〉 約__時間

〈歯磨き習慣〉 ◎いつ磨きますか？(複数回答可)

起床時 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 間食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前

◎1回あたりの清掃時間は？()分程度

◎歯ブラシ以外の清掃用品は使いますか？

はい(糸ようじ(フロス) ・ 歯間ブラシ ・ その他)・ いいえ

〈食生活習慣〉 習慣的な飲み物は？ ある()・ ない

間食の取り方は？ 不規則 ・ 規則正しい ・ あまりしない

13. (女性の方のみ) 現在妊娠されている・又は妊娠のの可能性はありますか？

はい (妊娠 週) ・ いいえ

14. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ

15. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診していますか？

はい (受診時期: 指摘事項:) ・ いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。