ＩＤ

令和　　年　　月　　日　　**外来（歯科口腔外科）問診票**

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名　　（男・女）　生年月日　大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　歳）
住所　〒

電話番号　（　　）　　－　　携帯番号　　－　　－
職業　　勤務先名　　電話番号
連絡先（※ご本人以外の連絡先をご記入下さい。）
ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名　　（男・女）　患者様とのご関係
電話番号　（　　）　　－　　携帯番号　　－　　－

＊他院からの手紙、資料をお持ちの方は、受付窓口に提出してください

１．どのような症状でお困りですか　□にチェックをつけてください

□　歯が　　痛い　・　しみる　・　かけた　・　とれた　・　虫歯がある
□　歯肉が　　腫れた　・　出血する
□　入れ歯が　　合わない　・　壊れた　・　作りたい
□　できものがある　　舌　・　頬　・　口唇　・　上顎
□　親知らずの相談
□　顎関節の相談
□　定期検診
□　その他　（　　）

２．今までかかった病気はありますか
ない　・　ある→　糖尿病　・　高血圧　・　心臓病　・　肝臓病　・　脳卒中
緑内障　・　腎臓病　・　B 型肝炎　・　C 型肝炎
その他（　　）

３．現在、服用している薬はありますか　　ない　・ある（　　）
＊お薬手帳、薬剤情報をお持ちの方は、歯科口腔外科受付窓口に提出してください

４．お薬・食べ物・アルコールでアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか
はい　・　いいえ
「はい」の方は内容を記載してください

５．今までに手術を受けたことはありますか　　はい　・　いいえ
病名　　いつ頃

６．輸血を受けたことはありますか　　はい　・　いいえ

裏面もご記入ください

７．過去１ヶ月以内に海外渡航歴はありますか　　はい　・　いいえ
「はい」の方・・・渡航先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　渡航期間＿＿＿＿＿＿＿＿

８．たばこについてお聞きします　　吸わない　・　吸う　・　過去に吸っていた
（　１日　　本　、　　歳から約　　年間　）

９．アルコールについてお聞きします　　飲まない　・　飲む　・　過去に飲んでいた
（　種類:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、１回　　杯　　毎日　・　時々　・　月に２～３回　）

１０．女性の方のみお答えください
妊娠中ですか（　はい　・　いいえ　）　授乳中ですか（　はい　・　いいえ　）
最終月経は　（　　月　　日　～　　月　　日　）　閉経している　（　　歳）

１１．からだの中に埋め込まれているものはありますか　　はい　・　いいえ
「はい」の方は□にチェックをつけてください
□皮下埋め込み型ポート　□心臓ペースメーカー　□心臓・血管拡張ステント
□胆管ステント　□その他（　　）

１２．ご家族（祖父母、両親、兄弟、子供）の中に病気で亡くなった方や病気にかかっている方がいればご記入ください　　例）父　　〇〇歳　脳梗塞で死亡

１３．仮に悪性の疾患の場合の病状や治療の情報提供について
１）病気を知りたいですか　　はい　・　いいえ
２）病気の状態について知りたいですか　　はい　・　いいえ
３）病名や病気の状態は、ご家族にもお伝えしてよろしいですか　　はい　・　いいえ

ご協力ありがとうございました。
順番が来ましたら、お呼びいたしますので、お待ちください。

医療法人　東札幌病院　２０１９年５月改定