

I D

令和 年 月 日 外来（歯科口腔外科）問診票

フガナ

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。）

フガナ

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、受付窓口へ提出してください**

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へ提出してください**

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

