

令和 年 月 日 外来（歯科口腔外科）問診票

フリガナ

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 () ー 携帯番号 ー

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。）

フリガナ

氏名 (男・女) 患者様とのご関係
電話番号 () ー 携帯番号 ー

*他院からの手紙、資料、お薬手帳、薬剤情報をお持ちの方は、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 ☐ グラつく
☐ 歯肉が ☐ 腫れた ☐ 出血する ☐ 痛い
☐ 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 ☐ 下顎
☐ 親知らずの相談 ☐ 顎関節の相談
☐ 定期検診
☐ その他 ()

2. 現在、通院し治療している病気はありますか はい ・ いいえ

いつから	病 名	病 院	内服薬
			ある ・ なし
			ある ・ なし
			ある ・ なし

3. 他医療機関からの紹介状はありますか ない ・ ある

4. 現在飲んでいる薬はありますか ない ・ ある ()

5. 今までかかった病気はありますか □にチェックをつけてください

- ない ・ ある → ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 脳卒中 ☐ 呼吸器疾患
☐ 緑内障 ☐ 腎臓病 ☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ 骨粗鬆症 ☐ リウマチ
☐ その他 ()

6. 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

7. 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

裏面も全てご記入ください

