

口腔外科問診票

ふりがな _____
氏名 _____ (男・女)

郵便番号 〒 _____ 住所: _____

生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号 _____

1、本日はどのような症状で受診されましたか？ (複数回答可) レ点チェックでお答え下さい。

- 抜歯希望 顔、口腔内に怪我をした
 痛みがある (歯茎 あご 舌 その他)
 腫れている (顔 口の中 その他)
 倦怠感がある 口の中がただれている (口内炎など)
 口が渴く 口が開きにくい ・音がする
 その他 (セカンドオピニオン ・治療相談)

2、その症状はいつからありましたか？

- 2～3日以内 1週間前 1ヶ月前 1年以上前 その他 ()

3、現在我慢できない痛みはありますか？ ⇒ ない ある

4、麻酔・薬・食べ物のアレルギーはありますか？ ⇒ ない ある ()

5、血液の止まりにくくなる薬を服用してありますか ⇒ ない ある ()

6、骨粗鬆症の薬を服用してありますか？ ⇒ ない ある ()

7、今までに治療上で困ったことがありましたか？ ⇒ ない ある (出血・ショックなど)

8、いままでに、かかったことのある病気はありますか？ ⇒ ない ある

- 糖尿病 高血圧 悪性疾患 ()
 心臓疾患 【 心筋梗塞 狭心症 心不全 その他 ()】
 呼吸器疾患 【 喘息 肺炎 肺結核 その他 ()】
 消化器疾患 【 胃炎 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 その他 ()】
 肝胆膵疾患 【 肝炎 脂肪肝 膵炎 その他 ()】
 甲状腺疾患 【 甲状腺機能亢進症 低下症 橋本病 その他 ()】
 血液疾患 【 貧血 真性多血症 その他 ()】
 腎疾患 【 たんぱく尿 血尿 腎炎 その他 ()】
 その他 【 】

9、一週間以内に転倒したことがありますか？ ⇒ ない ある

10、女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？ いいえ はい 可能性がある

11、その他何かありましたら、ご記入下さい