

口腔外科

診察申込書・問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名: _____ 生年月日 _____
(男・女) 大・昭・平・令 年 月 日

郵便番号 〒 _____ 住所: _____

電話番号: _____ 携帯番号: _____

マイナ保険証 なし あり

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） 点チェックでお答え下さい。

- 紹介状あり
- 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）
- 口の中がただれている（口内炎など）
- 口が渇く 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、現在治療中ですか？ はい いいえ

※はいと答えた方：(心臓疾患・骨粗鬆症・糖尿病・高血圧症・その他)

4、薬を飲んでいますか？ はい いいえ

※はいと答えた方：使用中の薬が分かる物をお持ちでしたら、口腔外科外来にお出し下さい。

持参している物がない場合は下の欄に記入をお願いします。

<薬の名前：用法・用量>

5、麻酔・注射・薬等のアレルギーはありますか？ はい（ ） いいえ

6、今までに歯科治療上で困ったことがありましたか？ はい（ ） いいえ

7、(女性の方) 現在、妊娠またはその可能性がありますか？ はい いいえ

8、この1年間で特定健診または高齢者健診をしましたか？ はい いいえ

※はいと答えた方：受診時期 _____ 指摘事項: _____

9、その他何かありましたら、ご記入下さい。

.....

.....

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を取得、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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。ご記入いただいた個人情報につきましては、“個人情報の利用目的”の範囲内で取り扱います。ご記入ありがとうございました。