

歯科口腔外科 問診票

記入年月日

年 月 日

わかる範囲で以下の質問にお答えください。

患者番号			
フリガナ	基本 情報	身長	_____ cm
患者氏名		体重	_____ kg
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 年齢 歳
オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）による診療情報取得に同意しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）を利用していない			
* 当院は診療情報を取得・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、オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）の利用にご協力をお願いします。			

1 受診理由及び現在の症状について具体的にご記入ください。

受診理由： 抜歯

その他（ _____ ）

いつから： _____

2 最近、歯科医にかかっていた時期はいつまでですか。

歯科医院名： _____ かかっていた時期： _____

3 今までに次のような病気にかかったことがありますか

特にない ある：高血圧症・糖尿病・心臓病・脳血管障害・腎臓病・喘息・胃腸病・
骨粗鬆症・肝臓病（A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎）・HIV

その他（ _____ ）

4 現在かっている病院がありますか？

ない ある：病院名 _____ 病名 _____

5 現在服用している薬がありますか？

ない ある： _____ お薬手帳があればそれで結構です

6 薬や食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？

ない ある：（どんな薬や食べ物でしたか： _____）

7 血が止まりにくいと言われたことがありますか？

ない ある

8 歯を抜いたことがありますか？

ない ある

9 歯科の麻酔を受けたことがありますか？

ない ある

10 抜歯や麻酔の際に異常がありましたか？

ない ある：（症状： _____）

11 【女性の方にお聞きします。】 現在、妊娠していますか？

いない いる

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター 歯科口腔外科

～ご協力ありがとうございました。恐れ入りますが診察時間まで今しばらくお待ちください～