

# 口腔外科問診票

記入日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お名前 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_

**▼どのような症状のため受診されましたか？ その症状はいつからですか？**

- 抜歯（親知らず・その他の歯）       歯並び・咬み合わせ
- 炎症       顎の痛み       口内炎
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

（ \_\_\_\_\_ ）年（ \_\_\_\_\_ ）月（ \_\_\_\_\_ ）日頃～

**▼これらの症状はどのように変わっていますか？**

- 変わらない       悪くなっている       良くなっている

**▼歯科医院での麻酔の注射で気分が悪くなったことがありますか？**

- なし       あり ⇒ 具体的に（ \_\_\_\_\_ ）
- 麻酔注射を受けたことがない

**▼骨粗鬆症の治療薬を服用していますか？**

- いいえ       はい

**▼「はい」もしくは「以前していた」に該当される方は、**

① お薬の名前を教えてください。

【内服薬】

- テイロック       フォサマック       ボナロン       アクトネル
- ベネット       アレディア       ビスフォナール       ボノテオ
- リカルボン       ダイドロネル       その他（ \_\_\_\_\_ ）
- わからない

【注射薬】

- ソメタ       ランマーク       その他（ \_\_\_\_\_ ）
- わからない

② 内服期間を教えてください。

およそ（ \_\_\_\_\_ ）年（ \_\_\_\_\_ ）か月程度

記入日 : 年 月 日	男・女	歳	身長 cm
ふりがな			体重 Kg・g
お名前 : 様	ご職業		
生年月日 : 年 月 日			
スタッフ記載欄	血压 mmHg	脈拍 回/分	体温 °C O <sub>2</sub> SAT %

▼現在かかりつけの病院等がありますか？

なし あり (診療所名: )

▼今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気はありますか？

- なし
- がん ( 歳) 喘息 ( 歳) 高血圧 ( 歳)
- 糖尿病 ( 歳) 心臓病 ( 歳) 肝臓病 ( 歳)
- 腎臓病 ( 歳) 脳卒中 ( 歳) 結核 ( 歳)
- その他(病名: ) ( 歳)
- 手術 (病名/手術名: ) ( 歳)

▼血縁の方に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？

- なし
- がん (続柄: ) 喘息 (続柄: ) 高血圧 (続柄: )
- 糖尿病 (続柄: ) 心臓病 (続柄: )
- 腎臓病 (続柄: ) 脳卒中 (続柄: )
- その他(病名: ) (続柄: )

▼薬のことについてお聞きします。

- ① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ なし あり
- ② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？
- なし あり ⇒ 抗生物質(薬品名: ) 造影剤 麻酔薬
- その他( )
- ③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬:ワーファリン・バイアスピリンなど)、ホルモン剤(低用量ピルなど)、を飲んでいますか？

いいえ はい ⇒ 薬品名( )

\* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼嗜好品についてお聞きします。

- ① お酒は飲みますか？
- 飲まない 時々飲む ⇒ ( )を( )杯/合/mL 週( )日
- 毎日飲む ⇒ ( )を( )杯/合/mL
- ② タバコは吸いますか？
- 吸わない 吸う ⇒ 1日に( )本 ( )歳~
- 今は吸わない ⇒ ( )~( )歳まで 1日に( )本( )年間

お名前 : \_\_\_\_\_ 様  
生年月日 : M/T/S/H/R/西暦 年 月 日

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

いいえ はい ⇒ いつ頃受けましたか？ ( ) 歳頃 わからない

▼アレルギーについてお聞きします。

① 食物でアレルギーはありますか？

なし あり ⇒ どんな食物ですか？ ( )

② その他、アレルギーはありますか？

なし

花粉症 ハウスダスト 金属 ラテックス その他 ( )

▼せきは出ていますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？

いいえ はい

② 2週間以上、せきが続いていますか？

いいえ はい

▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

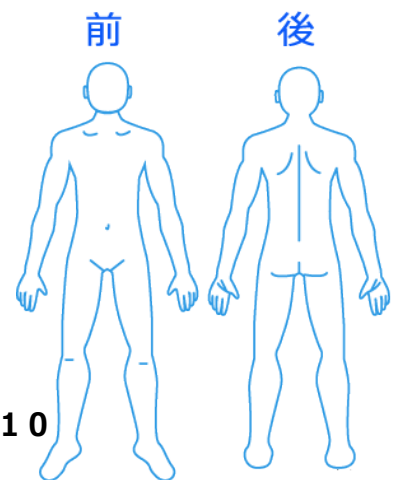
① 痛い場所はどこですか？

右図の該当する部位に○をつけてください。

② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？

該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

食事量の変化なし

食事量がおよそ2/3に減った

食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

体重の減少に変化なし

1 kg～3 kgの体重の減少あり

3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① いつ頃ですか？ ( ) ヶ月前

② どのように転びましたか？

ふらついた つまずいた 足がもつれた

その他 ( )

▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① いつですか( ) ～ ( )

② どこへいきましたか ( )

▼女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？

はい

いいえ

わからない

授乳中

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

本人

家族：お名前 ( )

(続柄： )

その他 ( )

→「本人」を選択された方にお聞きします。

どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？

はい

悪い結果なら知りたくない

その他

▼この1年間で健診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？

いいえ

はい→受診時期 ( ) 月頃

／指導事項

なし

あり