

## 歯科口腔外科外来受診の方へ

<外来問診票>

氏名:	年齢:	職業:	診察券番号:
電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください)			Tel:

安心・安全な歯科口腔外科診療にとって、ご自身の身体状態を知ることは非常に大切なことです。  
下記質問へのご回答と必要事項の記入をお願いします。

- 受診理由及び現在の症状を具体的にご記入ください。  
(例: 歯肉が腫れている、顎の関節の痛い、舌に潰瘍がある、抜歯希望等)

.....  
その症状はいつ頃からですか？ .....

- 今までに病気にかかったことがありますか？ ( はい いいえ )  
わかっている疾患があれば○印をつけるか、(その他)にご記入ください。

喘息・糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・血液疾患・胃腸病・骨そしょう症  
その他(.....)

- 現在、かかっている病院がありますか？ ( はい いいえ )  
聖路加国際病院・聖路加以外の病院 ..... 病院 科 .....

- 現在服用している薬はありますか？ ( はい いいえ )  
該当する項目に✓印をつけるか、薬の名前をご記入ください。

- 聖路加国際病院で処方されている
- 本日「おくすり手帳」を持参している
- 薬の名前.....

- 薬に対してアレルギーはありますか？ ( はい いいえ )  
薬の名前と症状をご記入ください。.....

- 薬以外のアレルギーはありますか？ ( はい いいえ )  
(例: ラテックス、金属、食物等) .....

- 血圧が高いと言われたことがありますか？ ( はい いいえ ) 血圧..... / .....

- 血が止まりにくいですか？ ( はい いいえ )

- 歯を抜いたことがありますか？ ( はい いいえ )

- 歯科の麻酔を受けたことがありますか？ ( はい いいえ )

- 抜歯や麻酔の際に何か異常がありましたか？ ( はい いいえ )  
異常を具体的にご記入ください。(例: 気分が悪くなった)

- 喫煙しますか？  現在もしている  以前していた  いままで喫煙したことがない  
1日の喫煙数 ..... 本/日

- 飲酒はしますか？ 飲まない・飲む ( 毎日・毎週・時々 )

- 女性の方へ 現在  妊娠している ..... ヵ月  わからない  妊娠していない  
現在  授乳している  授乳していない

- 当院では、検査・処置・手術において医学的に輸血が必要と判断した場合は輸血を行っています。  
あなたは輸血を受けてもよいですか？ ( はい いいえ )

- その他 心配されていることがあればご記載ください。

SLIH-2016.10.19-Ver.6.00