歯科・口腔外科の問診票

記載日：　　年　　月　　日
記入者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿関係：＿＿＿＿

当院は教育機関としての役割を担っている大学病院です。診察には主治医の他に学生が研修のために同席をさせて頂くことがあります。何卒ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。

□同意します　□同意しません

ID：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　診療科：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
身長＿＿．＿cm　体重＿＿．＿Kg　体温＿＿．＿℃　血圧＿＿/＿＿mmHg　脈拍＿＿回/分

1．あなたの症状をご記入ください。（＿＿＿＿＿＿＿＿頃より）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2．他に病気はありますか　□いいえ　□はい (下記を選択してください)

□高血圧症　□腎臓病　□糖尿病　□心疾患　□リウマチ　□呼吸器疾患
□肝臓疾患　□前立腺肥大　□婦人科疾患　□がん　□脂質異常症　□認知症
□その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

3．手術を受けたことはありますか　□いいえ　□はい (部位　　)

4．輸血を受けたことがありますか　□いいえ　□はい (いつ頃　　)

5．内服中の薬はありますか　□いいえ　□はい

お薬手帳をお持ちでない方は、薬剤名をご記入ください（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
主たる、かかりつけ調剤薬局を教えてください（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿☎＿＿＿＿＿＿＿＿）

6．薬のアレルギーはありますか　□いいえ　□はい (　　)

7．食品のアレルギーはありますか　□いいえ　□はい (　　)

8．喫煙はしていますか　□いいえ　□はい (　　本/日・　　年間) (　　)年前まで吸っていた

9．飲酒はしていますか　□いいえ　□はい (週　　日)　種類(　　/1 日量　　mL)

10. 物忘れが増えた、お金の管理が難しい等の症状がありますか　□いいえ　□はい

11. 感染症について

1).7 日前から現在まで 37.0 度以上の発熱がある（あった）　□いいえ　□はい

2).7 日前から現在までかぜ症状がある（あった）　□いいえ　□はい

咳/のどが痛い/体のふしぶしが痛い/味やにおいがわかりにくい/体がだるい

3).1 か月以内の渡航歴はありますか　□いいえ □はい　(国名＿＿＿＿＿＿)

12. 女性の方へ　妊娠について　□している　□可能性がある　□妊娠していない

月経について　□順調　□不規則　□無月経　□閉経

13. この半年の間に転んだ経験はありますか　□いいえ　□はい

「当院は歯科衛生士の教育の役割を担っています。診察には学生が研修のために同席させて頂くことがあります。
何卒ご理解をいただきますようよろしくお願いいたします。」

□同意します □同意しません

1．該当する項目に☑を付けてください。

□ 歯が痛い、虫歯　□ 歯ぐきが痛む、腫れた　□ 歯ぐきからの出血
□ 入れ歯が合わない　□ 詰めたものが取れた　□ 口の中にできものがある
□ 口の中の外傷　□ 口内炎　□ 顎関節の異常
□ 歯並びが気になる　□ 検診希望　□ 他科治療のため歯科受診を勧められた
□ その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2．最近歯科治療をされたのはいつ頃ですか

（＿＿＿＿＿＿）年（＿＿＿＿）月頃　□記憶にない
歯を抜いたことがありますか　□ない　□ある
歯科麻酔の注射をしたことがありますか　□ない　□ある
歯を抜いた際に、血が止まらないなどの異常がありましたか　□ない　□ある
歯科治療中に気分が悪くなったことがありましたか　□ない　□ある
⇒具体的に何をされていた時ですか？　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
歯科治療に対する恐怖感がありますか　□ない　□ある(□少し　□かなり)

生活に関する情報のご記入をお願いいたします

1．介護保険は利用していますか?

□未申請　□申請中　□申請済（□要介護 1・2・3・4・5　□要支援 1・2　□非該当）

2．下記のご担当者の連絡先をご記入ください。

地域包括支援事業所 ＿＿＿＿ 事業所　担当者＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

ケアマネージャー ＿＿＿＿ 事業所　担当者＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

生活保護ケースワーカー ＿＿＿＿ 福祉事務所　担当者＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

3．同居されている家族について教えてください。

□1人暮らし　□配偶者と2人暮らし　□他家族と同居（ 詳細：　　）

【主な生活支援者】　氏名＿＿＿＿ 関係＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

4．病状や治療についての説明は、どなたがお聞きになりますか?（複数可）

□自分

□自分以外　氏名＿＿＿＿ 関係＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

あなたのキーパーソンはどなたですか　氏名＿＿＿＿ 関係＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

5．今、身体的な苦痛や日々の生活で不安に思うこと、辛いと思うこと等をご記入ください。

6．今後の生活で大事にしていきたいことを教えてください。

例）仕事は続けたい、家で過ごしたい、家族との時間、旅行を楽しみたい等々

7．臓器提供意思表示カードをお持ちですか？(□はい　□いいえ)

当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・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、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。