

# 歯科口腔外科問診票

お名前 ( )

問 1. いつから ( )

どこが ( )

症状 痛む しみる 腫れた その他 ( )

問 2. 現在飲んでいる薬があればご記入ください

( )

女性のみ：ピルや女性ホルモン剤を使用していますか？

いいえ はい (薬剤名 )

※お薬手帳や説明書をお持ちの方は提出していただければ記入不要です

問 3. 注射をして、歯科治療、抜歯を受けたときに異常がおきたことはありませんか？

ない ある→血がとまらなかった 気分が悪くなった

その他 ( )

問 4. 骨粗しょう症の薬を服用していますか？

いいえ はい→ いつからですか？ ( ) から

問 5. 喫煙・飲酒の習慣についておたずねします

(1) 喫煙 吸う 吸っていた 吸わない

(2) 飲酒 よく飲む ときどき飲む 以前はよく飲んだ ほとんど飲まない

問 6. 女性のみ：妊娠している可能性はありますか？

いいえ はい (妊娠 週) わからない

問 7. 歯科の治療をどのように思いますか

怖い (何とか我慢できる) 何とも思わない

問 8. かかりつけの歯科医院はありますか

ない ある→ ( ) 歯科医院

※当院歯科口腔外科では、口腔疾患（抜歯、炎症、腫瘍、顎関節症、外傷など）または、全身に合併症のある方の歯科治療を優先して行っております。

健康な患者様の虫歯治療、差し歯・入れ歯・歯周治療などは一般歯科医院にお願いしております。