

歯科口腔外科外来問診票

記入者：..... 関係：.....

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男 女

身長： _____ cm 体重： _____ kg (測定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

1. あなたの症状をご記入ください いつから： _____ 月 _____ 日頃より

.....
.....
.....

2. 以前かかった病気はありますか

- 高血圧 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. 今までに手術を受けたことがありますか いいえ はい ⇨下記にご記入ください。

(手術名.....)

(手術名.....)

4. 現在服用している薬はありますか いいえ はい ⇨薬手帳参照 薬手帳ない場合は下記に記入

(薬剤名.....)

5. 現在受診されている病院はありますか いいえ はい

(病院名.....)

(病院名.....)

(病院名.....)

6. アレルギーはありますか いいえ はい (内容：.....)

7. 体の中に金属などの埋没はありますか いいえ はい (内容：.....)

8. 喫煙はしていますか いいえ はい (.....本/日、喫煙歴.....年)

(.....)年前まで吸っていた

飲酒はしていますか いいえ はい (種類：.....量：.....)

9. 女性の方へ

妊娠・授乳はされていますか いいえ はい (妊娠.....ヶ月・産後.....ヶ月)

ピルを服用していますか いいえ はい (薬品名.....年.....月より服用中)

可能な限りご記入をお願いいたします

1. 病状説明や今後の治療選択時の同席者及び生活全般に対する支援者を教えてください。

氏名	関係	☎
氏名	関係	☎

2. 世帯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 その他家族有り

3. 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)

4. 下記のご担当者の連絡先をご記入ください

かかりつけ医： _____ ☎ _____
地域包括： _____ 事務所 担当者 _____ ☎ _____
ケアマネ： _____ 事務所 担当者 _____ ☎ _____
生活保護ケースワーカー： _____ 役所 担当者 _____ ☎ _____

5. 病状について、あなたはどの程度知りたいですか

すべてを知りたい 悪い話は聞きたくない

ご要望： _____

6. 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

7. 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

8. その他、ご意見、ご要望をご記入ください

※記入後はお薬手帳と一緒に受付にお渡しください

※ご不明なことは受付にお問い合わせください