

## 周術期・がん治療前 事前問診票

記入日： 年 月 日

### 【基本情報】

- お名前： \_\_\_\_\_
- 生年月日： \_\_\_\_\_
- 紹介元病院名：(例：町田市民病院) \_\_\_\_\_
- 担当科：(例：消化器外科、口腔外科など) \_\_\_\_\_

該当する[ ]に○をお願いします。

### 【手術・治療について】

1. 予定されている治療は何ですか？

- [ ] 全身麻酔の手術 (術式： \_\_\_\_\_)
- [ ] 抗がん剤治療 (化学療法) \_\_\_\_\_
- [ ] 放射線治療 \_\_\_\_\_

2. 手術予定日 (または治療開始予定日) はいつですか？

令和 年 月 日 ( [ ] 未定 )

### 【お口の状態について】

3. 現在、気になる症状はありますか？ (複数回答可) [ ] 歯がグラグラしている (特に前歯) [ ] 嘔むと痛い歯がある [ ] 歯ぐきが腫れている、血が出る [ ] 虫歯がある、または詰め物が取れている [ ] 入れ歯が合わない、痛い [ ] 口の中が乾く (ドライマウス)
4. 現在、入れ歯を使用していますか？ [ ] 使用している ( [ ] 上あご ・ [ ] 下あご ) [ ] 使用していない

### 【お体と薬の状態について】

5. 現在、血液をサラサラにする薬 (抗血栓薬) を飲んでいますか？

- [ ] 飲んでいる (薬名： \_\_\_\_\_)
- [ ] 飲んでいない

6. これまでに、骨の薬 (骨粗鬆症やがんの骨転移の薬) の注射や服用をしたことがありますか？

- [ ] ある ( [ ] 飲み薬 ・ [ ] 注射 ) [ ] ない

### 【これまでの歯科治療について】

7. これまでに、かかっていた歯科医院について最終通院日はいつですか？

- [ ] 通院あり ( [ ] 数か月以内 ・ [ ] 半年前くらい ・ [ ] 1年以上前 ) [ ] 通院なし

### 【その他】

8. 入院加療を担当する医師から歯科受診の必要性・メリットなどをお聞きになられていますか？

- [ ] はい [ ] いいえ