

氏名: \_\_\_\_\_ ソーシャル・セキュリティ番号: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_

## I. 適当な項目を丸で囲んでください (不明であれば空欄のままでも結構です。):

1. はい いいえ 体調は良好ですか?
2. はい いいえ 過去一年以内に健康の変化がありましたか?
3. はい いいえ 過去三年以内に入院または重病の経験がありますか?  
入院の理由または病名。 \_\_\_\_\_
4. はい いいえ 現在医師に掛かっていますか? 理由? \_\_\_\_\_  
ごく最近の健康診断はいつでしたか? \_\_\_\_\_ 最後の歯科診療の日付 \_\_\_\_\_
5. はい いいえ 以前歯科治療で問題が起こったことがありますか?
6. はい いいえ 今、痛みますか?

## II. 下記の経験がありますか:

- |            |               |            |          |
|------------|---------------|------------|----------|
| 7. はい いいえ  | 胸痛 (狭心症)      | 18. はい いいえ | 目眩       |
| 8. はい いいえ  | 足首のむくみ        | 19. はい いいえ | 耳鳴り      |
| 9. はい いいえ  | 息切れ           | 20. はい いいえ | 頭痛       |
| 10. はい いいえ | 急な体重の減少、発熱、寝汗 | 21. はい いいえ | 気絶発作     |
| 11. はい いいえ | しつこい咳、喀血      | 22. はい いいえ | かすみ目     |
| 12. はい いいえ | 異常な出血、あざがでやすい | 23. はい いいえ | ひきつけ     |
| 13. はい いいえ | 副鼻腔障害         | 24. はい いいえ | 異常などのの乾き |
| 14. はい いいえ | 嚥下困難          | 25. はい いいえ | 頻尿       |
| 15. はい いいえ | 下痢、便秘、血便      | 26. はい いいえ | 口内乾燥     |
| 16. はい いいえ | 頻繁な嘔吐、吐き気     | 27. はい いいえ | 黄疸       |
| 17. はい いいえ | 排尿しにくい、血尿     | 28. はい いいえ | 関節痛、硬化   |

## III. 現在下記の痛気、症状をお持ちですか、または過去に経験がありますか:

- |            |                      |            |            |
|------------|----------------------|------------|------------|
| 29. はい いいえ | 心臓病                  | 40. はい いいえ | エイズまたは関連障害 |
| 30. はい いいえ | 心臓麻痺、心臓欠陥            | 41. はい いいえ | 腫瘍、癌       |
| 31. はい いいえ | 心雑音                  | 42. はい いいえ | 関節炎、リウマチ   |
| 32. はい いいえ | リウマチ熱                | 43. はい いいえ | 目の病気       |
| 33. はい いいえ | 脳卒中、動脈硬化             | 44. はい いいえ | 皮膚病        |
| 34. はい いいえ | 高血圧                  | 45. はい いいえ | 貧血         |
| 35. はい いいえ | 肺結核、肺気腫、その他の肺病       | 46. はい いいえ | 性病 (梅毒、淋病) |
| 36. はい いいえ | 肝炎、その他の肝臓病           | 47. はい いいえ | 疱疹ヘルペス     |
| 37. はい いいえ | 胃の病気、潰瘍              | 48. はい いいえ | 腎臓病、膀胱疾患   |
| 38. はい いいえ | アレルギー: 薬品、食品、内服薬、ゴム類 | 49. はい いいえ | 甲状腺、副腎病    |
| 39. はい いいえ | 家族内に糖尿病、心臓病、または腫瘍    | 50. はい いいえ | 糖尿病        |

## IV. 現在下記をお持ちですか? または経験がありますか:

- |            |       |            |          |
|------------|-------|------------|----------|
| 51. はい いいえ | 精神病治療 | 56. はい いいえ | 入院       |
| 52. はい いいえ | 放射線治療 | 57. はい いいえ | 輸血       |
| 53. はい いいえ | 化学療法  | 58. はい いいえ | 手術       |
| 54. はい いいえ | 人工心臓弁 | 59. はい いいえ | ペースメーカー  |
| 55. はい いいえ | 人工関節  | 60. はい いいえ | コンタクトレンズ |

## V. 現在下記を使用または飲用していますか:

- |            |                                     |            |         |
|------------|-------------------------------------|------------|---------|
| 61. はい いいえ | 麻薬、覚醒剤等薬物                           | 63. はい いいえ | たばこ製品   |
| 62. はい いいえ | 医薬品 (アスピリン等も含む)<br>何を使用または内服していますか? | 64. はい いいえ | 酒等アルコール |

列記してください: \_\_\_\_\_

## VI. 女性のみお答えください:

- |            |                              |            |              |
|------------|------------------------------|------------|--------------|
| 65. はい いいえ | 妊娠中や授乳中であつたり、またはその可能性がありますか? | 66. はい いいえ | 避妊薬を飲んでいますか? |
|------------|------------------------------|------------|--------------|

## VII. 全員:

67. はい いいえ 上記以外の病気や障害をお持ちですか? または経験がありますか?

ご説明ください: \_\_\_\_\_

私の知る限りにおいて、各質問に目を通し、正確に答えました。健康状態や投薬の変化、変更は直ちに報告します。

署名: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

## 再診時の確認:

1. 署名 \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_
2. 署名 \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_
3. 署名 \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_