



あなたの健康状態を知り、治療の参考にさせていただきます。内容は診療関係者以外に知らせることはありませんので、ご自身もしくは保護者が正確にお答えくださるようお願いいたします。書き方のわからない点は、おたずね下さい。

記入年月日 年 月 日

(フリガナ)

お名前 _____ 年齢 _____ 才 生年月日 年 月 日

連絡先 _____ 緊急連絡先 _____ 続柄 _____

〒 _____ 職業 _____

住所 _____

☆ 本日来院された理由を簡潔にお書きください。

☆ 質問をよく読んであてはまるものに○印をつけてください。

1. 一年間のうちに、病院(医科・歯科)を受診されたことがありますか？ はい いいえ

2. 現在病院(医科・歯科)に通院していますか？ はい いいえ

かかりつけのお医者さんがいらっしゃいましたらお名前を書いてください

病院名 _____ 担当医氏名 _____

3. 現在薬を服用中、または何か薬を常用していますか？ はい いいえ

薬の名称 _____

4. 食物や薬剤に対するアレルギーや過敏症がありますか？ はい いいえ

ある場合はその種類をお書き下さい _____

5. これまでに全身状態で何か変化がありましたか？ はい いいえ

6. 入院したことがありますか？ (病名 _____ 時期 _____) はい いいえ

7. 手術等を受けた事がありますか？(病名 _____ 時期 _____) はい いいえ

8. 輸血してもらったことがありますか？ はい いいえ

9. ペースメーカーの使用、または人工透析を行っていますか？ はい いいえ

10. 以下の病気になったことがありますか？

A) 循環器系疾患

・狭心症 はい いいえ

・心筋梗塞 はい いいえ

裏面へ続く⇒

・心不全	はい	いいえ	・心臓弁膜症	はい	いいえ
・先天性心疾患	はい	いいえ	・不整脈	はい	いいえ
・脳卒中	はい	いいえ	・脳梗塞	はい	いいえ
・高血圧	はい	いいえ	・低血圧	はい	いいえ
(血圧値: _____ / _____)	降圧剤服用時ですか?		はい	いいえ)	
B) 肝臓疾患					
・肝炎(_____型)	はい	いいえ	・肝硬変	はい	いいえ
			・その他	_____	
C) 腎臓疾患					
・慢性腎炎	はい	いいえ	・腎盂炎	はい	いいえ
・腎不全	はい	いいえ	・その他	_____	
D) 内分泌疾患					
・甲状腺機能亢進症	はい	いいえ	・副腎皮質機能不全	はい	いいえ
・糖尿病	はい	いいえ	・その他	_____	
E) 呼吸器系疾患					
・肺炎	はい	いいえ	・肺結核	はい	いいえ
・副鼻腔炎(蓄膿症、鼻閉感)	はい	いいえ	・過換気症候群	はい	いいえ
			・その他	_____	
F) 消化器系疾患					
・胃潰瘍	はい	いいえ	・十二指腸潰瘍	はい	いいえ
			・その他	_____	
G) 神経・精神疾患					
・てんかん	はい	いいえ	・神経痛	はい	いいえ
・神経症	はい	いいえ	・自律神経失調症	はい	いいえ
・ヒステリー	はい	いいえ	・その他	_____	
H) 血液疾患					
・貧血	はい	いいえ	・血友病	はい	いいえ
・白血病	はい	いいえ	・その他	_____	
I) アレルギー疾患					
・アレルギー性鼻炎(花粉症)	はい	いいえ	・喘息	はい	いいえ
・慢性湿疹	はい	いいえ	・その他	_____	
J) その他					
・リウマチ	はい	いいえ	・膠原病	はい	いいえ
・性病	はい	いいえ	・妊娠中 _____ 週 (_____ ケ月)		
・たばこ _____ 本/1日			(出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)		
11. 歯科麻酔(キシロカイン注射)を注射されたことがありますか?				はい	いいえ
12. 歯科麻酔でめまい・気分不快などが起きたことがありますか?				はい	いいえ
13. 血が止まりにくかったことがありますか?				はい	いいえ
14. 歯科治療に恐怖心がありますか? また、歯科治療に神経質ですか?				はい	いいえ
15. 今までの質問のほかに、主治医に伝えたいことなどありましたらお書きください。					

* ご紹介者のおられる場合は、ご紹介者のお名前とあなたとのご関係を下記へご記入下さい。

ご紹介者 _____ (ご関係 _____)

ご記入いただきありがとうございます