

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、あざができやすい | 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 異常などの乾き |
| 14. はい いいえ 嘔下困難           | 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 心雜音                  | 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) | 64. はい いいえ 酒等アルコール |
| 何を使用または内服していますか?           |                    |

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ったり、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: \_\_\_\_\_