

病 歴

今日の日付 ____ / ____ / ____ 連絡先: (____) ☐ 携帯 ☐ 固定電話

患者名(ローマ字) _____
(姓) _____ (名) _____

性別: ☐ 男 ☐ 女 年齢: _____ 生年月日: ____ / ____ / ____

主治医名 _____ 電話番号: _____

前回の健康診断はいつ? _____

過去に下記の診断をされた事がある。

☐ 心臓病	☐ てんかん・痙攣(けいれん)	☐ 緑内障
☐ 高血圧	☐ 頭痛	☐ 頸腺の腫れ(首痛)
☐ 心雑音	☐ 肝炎・黄疸・その他の肝疾患	☐ リウマチ熱
☐ 心臓ペースメーカー	☐ 癌(悪性腫瘍)	☐ 鼻腔疾患
☐ 神経系疾患	☐ 精神系疾患	☐ 免疫抑制疾患
☐ 放射線治療	☐ 麻酔に対するアレルギー	☐ 脳いっ血
☐ 人口心臓弁	☐ 薬剤アレルギー	☐ 潰瘍
☐ 人口関節(尾骨、膝等)	☐ 一般的なアレルギー	☐ 性病
☐ 腎臓病	☐ 血液系疾患	☐ 薬物依存症
☐ 糖尿病	☐ 関節炎	☐ 出血傾向
☐ 呼吸器系疾患	☐ 失神・めまい	☐ 肺結核
☐ 胃腸器系疾患		

薬に対するアレルギーや過去に薬の副作用でトラブルがあった。 ☐ いいえ ☐ はい(症状を説明して下さい。)

過去に医療・歯科治療に対して異常反応した事がある。 ☐ いいえ ☐ はい(詳しく説明して下さい。)

現在医科治療を受けている。 ☐ いいえ ☐ はい どのような症状に対するどんな治療ですか?

過去に胸が痛くなったことがある。 ☐ いいえ ☐ はい

多少の運動負荷にも息切れがしたり胸が痛くなったりする。 ☐ いいえ ☐ はい

上記以外に特記することがあれば教えてください。 _____

《女性のみ》

妊娠中 ☐ はい ☐ いいえ 母乳で育児中 ☐ はい ☐ いいえ 避妊薬を飲んでいる ☐ はい ☐ いいえ

歯 科 病 歴

[裏面もご記入下さい]

今回のご来院の主な理由は？ _____

現在の状態を10段階(1=あまり気にならない; 10=とても気になる)でお答え下さい。

	あまり気にならない					とても気になる					コメント
歯茎の痛みや出血	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
歯痛	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
顎の痛み・顎がコリコリ鳴る	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
首・耳のまわりの痛み	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
親しらず	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
歯が欠けている	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
詰め物や歯冠が欠けている	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
口臭	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
歯ざしり・食いしばり・歯の磨耗	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
食物が歯にはさまる	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- (1) 頭痛が頻繁にある はい ☐ いいえ ☐
- (2) 物が噛みにくかったり、物を噛んだときに違和感があったりする ☐ ☐
- (3) 歯列矯正をしたことがある ☐ ☐
- (4) 親しらずを抜いた事がある ☐ ☐
- (5) 歯ブラシの使い方や歯茎の手入れの仕方の指導を受けた事がある ☐ ☐
- (6) 前回全般的な歯の検査・治療を受けた時期 _____ / _____ / _____ ☐日本で ☐米国で ☐その他

下記項目を10段階(1=あまり興味が無い; 10=とても興味がある)でお答え下さい。

	あまり興味が無い					とても興味がある					コメント
この先も自分の歯を維持したい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
歯の形や色を改善したい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
金属の詰め物をとりかえたい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
歯並びを良くしたい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

その他、何か歯科治療に関する質問、疑問点があれば記述してください。 _____

上記は私自身の知る限りにおいて正確な内容である事を証明します。

署名 _____
(患者が未成年の場合は保護者の署名)

日付 _____ / _____ / _____