

メディカルヒストリーフォーム

日付 _____

氏名 _____ 自宅 ()
名 氏 ミドルネーム

住所 _____ 会社 ()
ナンバー ストリート

シティ _____ 州 _____ ジップコード _____
郵便番号

職業 _____ ソーシャルセキュリティーナンバー _____

誕生日 _____ 性別: 男 女 身長 _____ 体重 _____ 独身 既婚
月 日 年

配偶者名 _____ 近親 _____ 電話 ()

当院を紹介して下さった方のお名前 _____

以下の質問に対してYESかNOのどちらかあてはまる方に○を記入して下さい。あなたの回答は当院の記録のみであり、外部には秘密扱いとされます。初診の際、以下の質問に対するあなたのお答えについて、またはそのほかあなたの健康についていくつか医師より質問があります。

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. あなたは現在健康ですか? | YES | NO |
| 2. 過去あなたの健康状態に何か変わったことはありましたか? | YES | NO |
| 3. 最後に診察を受けたときの症状は? | | |
| 4. あなたは今医師のもとで何か治療をしていますか? | YES | NO |
| YESの場合、治療をしている病気はなんですか? | | |
| 5. その医師の氏名・住所は? | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 6. 過去5年間に重い病気にかかったり、手術を受けたり、入院したことがありますか? | YES | NO |
| YESの場合、病気は何でしたか? | | |
| 7. 現在、何か薬を常用していますか? (処方箋以外も含む) | YES | NO |
| YESの場合、薬は何でしたか? | | |
| 8. 現在、また過去に以下の病気にかかったことがありますか? | | |
| a. 心筋・弁膜の障害、人工弁、心雑音、リウマチ性疾患 | YES | NO |
| b. 心臓血管病 (心臓障害・心臓発作・狭心症・動脈不全・冠動脈閉鎖・高血圧・動脈硬化・卒中) | YES | NO |
| 1. 運動をすると胸部が痛む | YES | NO |
| 2. 軽い運動の後、あるいは横になった時、息切れがする | YES | NO |
| 3. 足首の関節がむくむ | YES | NO |
| 4. 先天性心臓欠陥である | YES | NO |
| 5. 心臓にペースメーカーを付けている | YES | NO |
| c. アレルギー体質 | YES | NO |
| d. 蓄膿症その他のサイネストラブル | YES | NO |
| e. 喘息・花粉症 | YES | NO |
| f. 失神・脳卒中などの発作 | YES | NO |
| g. 連続性の下痢または最近体重が落ちている | YES | NO |
| h. 糖尿病 | YES | NO |
| i. 肝炎・黄疸・肝臓病 | YES | NO |
| j. エイズ・HIVインフェクション | YES | NO |
| k. 甲状腺疾患 | YES | NO |
| l. 呼吸器病・気腫・気管支炎など | YES | NO |
| m. 関節炎・関節が腫れて痛む | YES | NO |
| n. 胃潰瘍・胃酸過多 | YES | NO |
| o. 肝臓病 | YES | NO |
| p. 結核 | YES | NO |
| q. せきがやまない・血液をとまなう咳 | YES | NO |
| r. のどのリンパ腺が頻繁に腫れる | YES | NO |
| s. 低血圧 | YES | NO |
| t. 性的感染症 | YES | NO |
| u. てんかん・その他の神経病 | YES | NO |
| v. 精神病 | YES | NO |
| w. がん | YES | NO |
| x. 抗体・免疫システムの障害 | YES | NO |

9. 異常な出血があったことはありますか？ YES NO
 a. 過去に輸血をしたことがありますか？ YES NO
 10. 貧血症のような血液障害がありますか？ YES NO
 11. 過去に腫瘍の治療を受けたことがありますか？ YES NO
 12. 以下のうちアレルギー体質、またはこれまでに何か反応を示したものはありますか？ YES NO
 a. 局所麻酔 YES NO
 b. ペニシリン、またはその他の抗体物質 YES NO
 c. サルファ剤 YES NO
 d. 精神安定剤、鎮静剤、または睡眠薬 YES NO
 e. アスピリン YES NO
 f. ヨード剤 YES NO
 g. コデイン（鎮痛、催眠剤） YES NO
 h. その他 _____
 13. 過去に歯の治療に影響するような深刻な事故・トラブルにあったことがありますか？ YES NO
 もし、そうなら説明して下さい。 _____

14. 上記以外で医師が知っておいたほうが良いと思われる、病気、症状、問題はありますか？ YES NO
 もし、そうなら説明して下さい。 _____

15. あなたはコンタクトレンズを着用していますか？ YES NO
 16. あなたは入れ歯のような取り外しのできる歯科器具をつけていますか？ YES NO

Women

17. あなたは妊娠していますか？ YES NO
 18. 何か月経（時）に関する問題がありますか？ YES NO
 19. 現在赤ちゃんに授乳をしていますか？ YES NO
 20. 経口避妊薬（パースコントロールピル）を常用していますか？ YES NO

あなたの歯の主要な問題は？ _____

上記を読み理解したことを証明します。上記のうち私の尋ねた質問に対して満足のいく回答を得ることができたことを認めます。このフォームの記入上の間違い、記入漏れは私の歯科医やそのスタッフの責任ではありません。

 (患者さんのご署名)

For completion by the dentist.

Comments on patient interview concerning medical history: _____

Significant findings from questionnaire or oral interview: _____

Dental management considerations: _____

 Date

 Signature of Dentist

Medical History Update:

Date	Comments	Signature
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____