

MEDICAL HISTORY

フリガナ
お名前

記入日 平成 年 月 日

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 才

ご住所 □□□-□□□□

☎

勤務先

☎

緊急連絡先（携帯など） ☎

ご紹介者（あればお書きください）

今日はどうされましたか？具体的にお書きください

1. 健康状態は良好ですか？ はい いいえ

2. 今、お医者様で治療を受けていますか？ はい いいえ
「はい」の方、病名または症状

3. 今、なにかお薬をお飲みですか？ はい いいえ
「はい」の方、何のお薬または種類

4. 下記の病気や症状がありますか？ また過去にありましたか？
○ をつけて下さい。

心臓の病気や異常 ぜんそく 糖尿 リウマチ
肝臓の病気 腎臓の病気 胃潰瘍など消化器の病気
結核 低血圧 高血圧 貧血 性病
アレルギー(何の)

5. タバコをすいますか？ はい いいえ

裏に続きます

MEDICAL HISTORY

6. お薬で湿疹など副作用が出たことがあれば教えてください。

7. 歯科の治療中に何か異常がありましたか？ はい いいえ
「はい」の方、どんなことでしたか？

8. 歯医者さんで麻酔の注射をしたことがありますか？ はい いいえ
「はい」の方、何か異常はありましたか？ はい いいえ

9. 口臭が気になりますか？ はい いいえ

10. 歯磨きは 朝 昼 夜
フラス以外に フロス 歯間フラス その他()

11. 過去の歯科治療に関して、なにか問題、疑問に感じていることがあれば
教えてください。

家族の方について

●ご家族に内科他に通院、入院されている方がいらっしゃいますか？ はい いいえ

「はい」の方、 どなたですか？()
病名は()

●ご家族に虫歯が多い方がいらっしゃいますか？ はい いいえ

●ご家族に入れ歯を使っている方がいらっしゃいますか？ はい いいえ

ご署名をお願いします

生活習慣についてお聞きします

お名前 _____

1 身長 cm 体重 Kg (BMI=)

2 タバコを吸いますか はい (一日 本) いいえ

3 お酒を飲みますか はい (毎日 時々) いいえ

4 食事についておうかがいします

- ・ 食事は 朝 昼 夜
- ・ 時間は決まっていますか? 決まっている 不規則
- ・ 外食は 多い 少ない

5 睡眠は よく眠れる(時間) あまり眠れない

6 運動は 決まってする 時々 しない

7 健康には気を付けている方だと思いますか はい いいえ

記入日 平成 年 月 日 ご署名 _____

女性の方に質問します

月経(生理)について質問します

- ・最終月経 月 日から 日間
- ・月経周期 順調(日から 日周期) 不順
- ・生理の量 多い 普通 少ない
- ・生理痛 あり(腹痛 腰痛 頭痛 吐き気 その他) なし
生理痛に対して薬を飲んでいる場合、薬剤名を記入してください()

妊娠について質問します

・現在妊娠している はい(週または か月) いいえ 妊娠の可能性はある

・過去に妊娠、分娩をしたことがある方に質問します

妊娠または分娩経過に異常があった場合、その内容について具体的に記入してください