

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)
8. はい いいえ 足首のむくみ
9. はい いいえ 息切れ
10. はい いいえ 急な体重の減少、発熱、寝汗
11. はい いいえ しつこい咳、咯血
12. はい いいえ 異常な出血、あざがしやすい
13. はい いいえ 副鼻腔障害
14. はい いいえ 嚥下困難
15. はい いいえ 下痢、便秘、血便
16. はい いいえ 頻繁な嘔吐、吐き気
17. はい いいえ 排尿しにくい、血尿
18. はい いいえ 目眩
19. はい いいえ 耳鳴り
20. はい いいえ 頭痛
21. はい いいえ 気絶発作
22. はい いいえ かすみ目
23. はい いいえ ひきつけ
24. はい いいえ 異常などの乾き
25. はい いいえ 頻尿
26. はい いいえ 口内乾燥
27. はい いいえ 黄疸
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
30. はい いいえ 心臓麻痺、心臓欠陥
31. はい いいえ 心雑音
32. はい いいえ リウマチ熱
33. はい いいえ 脳卒中、動脈硬化
34. はい いいえ 高血圧
35. はい いいえ 肺結核、肺気腫、その他の肺病
36. はい いいえ 肝炎、その他の肝臓病
37. はい いいえ 胃の病気、潰瘍
38. はい いいえ アレルギー: 薬品、食品、内服薬、ゴム類
39. はい いいえ 家族内に糖尿病、心臓病、または腫瘍
40. はい いいえ エイズまたは関連障害
41. はい いいえ 腫瘍、癌
42. はい いいえ 関節炎、リウマチ
43. はい いいえ 目の病気
44. はい いいえ 皮膚病
45. はい いいえ 貧血
46. はい いいえ 性病 (梅毒、淋病)
47. はい いいえ 疱疹ヘルペス
48. はい いいえ 腎臓病、膀胱疾患
49. はい いいえ 甲状腺、副腎病
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
52. はい いいえ 放射線治療
53. はい いいえ 化学療法
54. はい いいえ 人工心臓弁
55. はい いいえ 人工関節
56. はい いいえ 入院
57. はい いいえ 輸血
58. はい いいえ 手術
59. はい いいえ ペースメーカー
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
62. はい いいえ 医薬品 (アスピリン等も含む)
何を服用または内服していますか?
63. はい いいえ たばこ製品
64. はい いいえ 酒等アルコール

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つたり、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せんか?

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: _____