

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 | 異常なのどの乾き |
| 14. はい いいえ | 嚥下困難 | 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 | 黄疽 |
| 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 | 心雑音 | 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)
何を使用または内服していますか? | 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: _____