HEALTH HISTORY FORM

氏名 （フリガナ）		生年月日 19 年 月 日（ 才） 男 女	
現住所 〒 ー 都道府県 区市			
TEL（携帯） ー ー		TEL（自宅） ー ー	
職業（勤務先）		TEL（勤務先） ー ー	
身長 約 Cm / 体重 約 Kg		緊急時連絡先 TEL 関係	
かかりつけ医師／病院名		連絡先TEL ー ー	
ご紹介者のお名前			

DENTAL INFORMATION

歯ブラシをすると出血しますか？	はい	いいえ	わからない
フロスや歯間ブラシを使っていますか？	はい	いいえ	わからない
歯列矯正をしたことがありますか？	はい	いいえ	わからない
歯のホワイトニングをしたことがありますか？	はい	いいえ	わからない
歯周病の治療をしたことがありますか？	はい	いいえ	わからない
治療で麻酔が効きにくいことがありましたか？	はい	いいえ	わからない
耳鳴り、首や肩の痛みコリがありますか？	はい	いいえ	わからない
冷たい温かい甘い刺激に敏感な歯はありますか？	はい	いいえ	わからない
噛み合わせると痛い歯はありますか？	はい	いいえ	わからない
噛み合せの治療、調整をしたことがありますか？	はい	いいえ	わからない
歯の病気が全身の健康を害してると感じていますか？	はい	いいえ	わからない

最後に歯科医院を受診されたのは、いつ頃ですか？	年 月 ころ
そのときは何をしましたか？	
今回のご来院のわけは何ですか？	

ご希望の項目にチェックしてください

- その部分だけの治療を希望します
- 精密検査を受け、問題点、予算、日程など相談したいです
- 最善を尽くして健康で完全な口になりたいです

裏面もご記入ください

MEDICAL INFORMATION

アレルギーに関する質問です　該当する項目があれば ◯ で囲んでください

歯科の麻酔
アスピリン
ペニシリンや他の抗生剤
その他の飲み薬、塗り薬
ラテックス
ヨード

花粉症
動物
食べ物 _____
金属類 _____
その他 _____
_____

今の健康状態はよいですか？	はい	いいえ	わからない
１年以内に健康上の大きな変化がありましたか？	はい	いいえ	わからない
今、医者にかかっていますか？	はい	いいえ	わからない
５年以内に重大な病気、手術、入院をしたことがある？	はい	いいえ	わからない
薬を服用、あるいは漢方薬を飲んでいますか？	はい	いいえ	わからない
ビタミン剤、サプリメント等を飲んでいますか？	はい	いいえ	わからない
アルコールを飲みますか？	はい	いいえ	わからない
喫煙をしますか？	はい	いいえ	わからない
コンタクトレンズを使っていますか？	はい	いいえ	わからない
以下は、女性の方のみお答えください			
妊娠していますか？	はい	いいえ	わからない
授乳中ですか？	はい	いいえ	わからない
ピル、ホルモン剤を飲んでいますか？	はい	いいえ	わからない

現在または過去に、以下の項目に該当するものがあれば◯で囲んでください

高血圧　低血圧
脳卒中
動脈硬化症
喘息
糖尿病
胃腸の病気
癌
甲状腺の問題
リューマチ　関節炎
摂食障害
ドライマウス

貧血
輸血経験あり
狭心症
ペースメーカー
肺　気管支の病気
腎臓の病気
肝炎
副鼻腔炎
偏頭痛
緑内障
骨粗しょう症

血友病　血が止まりにくい
異常出血
心不全　心臓発作　心雑音
人工心臓弁
結核
潰瘍
性感染症
てんかん
神経症　不眠
頻尿
麻疹　水疱瘡　急性耳下腺炎

健康上、お気づきの事は何でもお書きください