

年 月 日

# あなたの健康記録 (よりよき診療を受けるために)

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 (大・昭・平) \_\_\_\_\_ 年 月 日生 才

ご自宅住所 \_\_\_\_\_ 電話 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ 勤務先 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

当院はじめてですか	前に来たことがある いつごろですか ( ) はじめて (当院におみえになったのは) 紹介 その方のお名前 _____
ご来院のきっかけは	看板・電話帳・ホームページ・その他 ( )
本日来院された理由は	1. 歯が痛い 2. 虫歯がある 3. つめたもの(かぶせたもの)がとれた 4. 歯ぐきから血が出る 5. 歯ぐきがはれた 6. 顔がはれた 7. 口臭が気になる 8. 入歯を入れたい 9. 歯ならびが気になる 10. 歯石をとって欲しい 11. 健康診断・相談 12. 歯を白くしたい 13. その他 ( )
どの部位に、いつから症状がでましたか	部位 _____ いつから _____
全身的な健康状態について	1. 現在歯科以外のお医者さんにかかっていますか いいえ はい 病名 _____ 病院名 _____ 2. 現在何か薬を飲んでいますか いいえ はい どんな薬ですか _____ 3. 医師や歯科医師から注意するように言われた薬がありますか いいえ はい どんな薬ですか _____ 4. 薬や食物でアレルギー (ジンマシンが出たり、気持ちが悪くなったり下痢をしたりしたこと) を起こしたことがありますか いいえ はい どんな薬や食物ですか _____ 5. 以前に通院・入院する病気にかかったことがありますか いいえ はい (高血圧・低血圧・貧血・不整脈・心臓病・肝炎・糖尿病・腎臓病・その他 _____) 6. 現在妊娠中ですか いいえ はい _____カ月 妊娠しているかもしれない 7. 血が止まりにくかったことがありますか いいえ はい どんな時ですか _____ 8. 血圧はいかがですか 高い 普通 低い わからない 9. 歯を抜いた時または麻酔をした時、気分が悪くなったことがありますか いいえ はい 10. その他、健康上担当医に知っておいてほしいことはありますか _____
あなたのご希望	1. (1) 悪いところは全部治したい (2) 痛いところだけを治したい 2. (1) 保険外で治した方がよい時は、説明してほしい (2) 保険の範囲内で治したい 3. その他ご希望があればご記入下さい _____