

Kent K. Morikado, DDS
森 門 歯 科 医 院

病 歴

今日の日付 _____ / _____ / _____ 連絡先 : (_____) 携帯 固定電話

患者名 (ローマ字) _____
(姓) _____ (名) _____

性別 : 男 女 年齢 : _____ 生年月日 : _____ / _____ / _____

* * * * *

主治医名 _____ 電話番号 : _____

前回の健康診断はいつ? _____

過去に下記の診断をされた事がある。

<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> てんかん・痙攣(けいれん)	<input type="checkbox"/> 緑内障
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頸腺の腫れ(首痛)
<input type="checkbox"/> 心雑音	<input type="checkbox"/> 肝炎・黄疸・その他の肝疾患	<input type="checkbox"/> リウマチ熱
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 癌(悪性腫瘍)	<input type="checkbox"/> 鼻腔疾患
<input type="checkbox"/> 神経系疾患	<input type="checkbox"/> 精神系疾患	<input type="checkbox"/> 免疫抑制疾患
<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> 麻酔に対するアレルギー	<input type="checkbox"/> 脳いっ血
<input type="checkbox"/> 人口心臓弁	<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 潰瘍
<input type="checkbox"/> 人口関節(尾骨、膝等)	<input type="checkbox"/> 一般的なアレルギー	<input type="checkbox"/> 性病
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 血液系疾患	<input type="checkbox"/> 薬物依存症
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 関節炎	<input type="checkbox"/> 出血傾向
<input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患	<input type="checkbox"/> 失神・めまい	<input type="checkbox"/> 肺結核
<input type="checkbox"/> 胃腸器系疾患		

薬に対するアレルギーや過去に薬の副作用でトラブルがあった。 いいえ はい (症状を説明して下さい。)

過去に医療・歯科治療に対して異常反応した事がある。 いいえ はい (詳しく説明して下さい。)

現在医科治療を受けている。 いいえ はい どのような症状に対するどんな治療ですか?

過去に胸が痛くなったことがある。 いいえ はい

多少の運動負荷にも息切れがしたり胸が痛くなったりする。 いいえ はい

上記以外に特記することがあれば教えてください。 _____

《女性のみ》

妊娠中 はい いいえ 母乳で育児中 はい いいえ 避妊薬を飲んでいる はい いいえ

[裏面もご記入下さい]

歯 科 病 歴

今回のご来院の主な理由は？ _____

現在の状態を10段階（1=あまり気にならない；10=とても気になる）でお答え下さい。

	あまり気にならない-----とても気になる										コメント
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
歯茎の痛みや出血	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
歯痛	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
顎の痛み・顎がコリコリ鳴る	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
首・耳のまわりの痛み	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
親しらず	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
歯が欠けている	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
詰め物や歯冠が欠けている	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
口臭	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
歯ぎしり・食いしばり・歯の磨耗	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
食物が歯にはさまる	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- | | はい | いいえ |
|---|------------------------------|---|
| (1) 頭痛が頻繁にある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 物が噛みにくかったり、物を噛んだときに違和感があったりする | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 歯列矯正をしたことがある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 親しらずを抜いた事がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 歯ブラシの使い方や歯茎の手入れの仕方の指導を受けた事がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) 前回全般的な歯の検査・治療を受けた時期 _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> 日本で | <input type="checkbox"/> 米国で <input type="checkbox"/> その他 |

下記項目を10段階（1=あまり興味が無い；10=とても興味がある）でお答え下さい。

	あまり興味が無い-----とても興味がある										コメント
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
この先も自分の歯を維持したい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
歯の形や色を改善したい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
金属の詰め物をとりかえたい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
歯並びを良くしたい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

その他、何か歯科治療に関する質問、疑問点があれば記述してください。 _____

上記は私自身の知る限りにおいて正確な内容である事を証明します。

署名 _____
(患者が未成年の場合は保護者の署名)

日付 _____ / _____ / _____