

健康調査表

〒			
住所	Tel		
フリガナ			
氏名	年齢	才	体重 kg
生年月日	年	月	日生 紹介者

***わからない箇所は記入しないでください。**

1. 抜歯の経験はありますか。 ハイ イイエ
 その時に気分が悪くなり、倒れたことがありますか。 ハイ イイエ
 歯科麻酔注射で、貧血等の異常反応を生じたことがありますか。 ハイ イイエ
2. 負傷等により、血がとまりにくかったことがありますか。 ハイ イイエ
3. 薬により、異常反応を起こした経験がありますか。 ハイ イイエ
 鎮痛剤、ポンタール、フロベン、ニフラン、インダシン、ボルタレン、その他
 抗生物質（ペニシリン、その他の薬物名 _____）
 ヨード（その他の薬物名 _____）
4. 現在何か薬を服用していますか。 ハイ イイエ 薬物名 _____
5. 骨粗しょう症の薬を服用していますか。 ハイ イイエ 薬物名 _____
6. 今までステロイドホルモンを使用したことがありますか。 ハイ イイエ 現在使用中
7. 食物アレルギーがありますか。 ハイ イイエ
8. 尋麻疹や発疹のでたことがありますか。 ハイ イイエ
9. （女性）現在妊娠中ですか。 ハイ イイエ 何ヵ月 _____
10. 肝疾患にかかったことがありますか。 ハイ イイエ 病名 _____
11. 腎疾患にかかったことがありますか。 ハイ イイエ 病名 _____
12. 胃腸疾患にかかったことがありますか。 ハイ イイエ 病名 _____
13. 糖尿病がありますか。 ハイ イイエ (1)食事療法のみ
(2)内服薬を飲んでいる
(3)インシュリン注射をしている
14. その他に大きな病気をしたことがありますか。 ハイ イイエ 病名 _____
15. 無理をすると、胸痛が生じますか。 ハイ イイエ
16. 軽い運動で息切れしますか。 ハイ イイエ
17. 心臓が悪いと言われたことがありますか。 ハイ イイエ 病名 _____
18. 血圧が高いと言われたことがありますか。 ハイ イイエ 血圧値 _____
19. 気管支喘息にかかったことがありますか。 ハイ イイエ
20. たばこは吸われますか。 ハイ イイエ

■ 歯の治療についての御希望

悪い所は全部なおしたい	[]	健康保険の範囲内でなおしたい	[]
今痛んでいる所だけなおしたい	[]	保険の効かない所は自費でもよい	[]