

患者氏名	
患者ID	
生年月日	
性別	

## 【健康調査票】

血圧(      /      mmHg), 脈拍      bpm

記入日: \_\_\_\_\_

あなたの健康状態をお尋ねし、本院での治療に際して参考にさせていただきます。  
 \_\_\_\_\_のところに必要な事項を記入するか○印をつけてください。

1) 来院された理由をご記入ください。

2) 現在歯科医院に通院されていますか。 はい・いいえ

3) 一番最近歯科を受診された時期・医院名を教えてください。 \_\_\_\_年前 \_\_\_\_月前 \_\_\_\_\_ 歯科

4) 歯科で麻酔の注射をされたことはありますか。 はい・いいえ

麻酔あるいは歯科治療中で異常を経験したことがありますか? はい・いいえ

「はい」→[気分が悪くなった][その他 \_\_\_\_\_]

5) 歯（永久歯・乳歯）を抜く治療をしたことがありますか。 はい・いいえ

6) 血が止まりにくかったことはありますか。 はい・いいえ

7) 今までにかかったことのある病気あるいは受けたことのある治療があれば、疑わしい場合も含めて○をつけてください。

心臓病 腎臓病 肝臓病 肝炎（A型、B型、C型、不明）高血圧（ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ）

低血圧（ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ） 貧血 血液の病気 脳血管の障害 胃腸の病気 糖尿病

ぜんそく リウマチ 結核 てんかん 自律神経失調症 更年期障害 骨粗鬆症

甲状腺の病気 アレルギー（花粉、金属、薬 \_\_\_\_\_、食品 \_\_\_\_\_）

クロイツフェルト・ヤコブ病（ご家族を含む） 成長ホルモン治療

その他（ \_\_\_\_\_ ）

8) 外科手術を受けたことはありますか。 はい・いいえ

受けた外科手術の内容 [ \_\_\_\_\_ ]

9) 輸血（血液製剤を含む）を受けたことはありますか。 はい・いいえ

10) 現在歯科以外の病院に通院されていますか。 はい・いいえ

医療機関名 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_

11) 現在服用中のお薬はありますか。 はい・いいえ

お薬の種類（名前） \_\_\_\_\_

12) お薬で異常（副作用）が出たことはありますか。 はい・いいえ

症状について（ \_\_\_\_\_ ）

13) たばこを吸っていますか。 はい（一日 \_\_\_\_\_ 本）・いいえ

14) 現在妊娠していますか、またはその可能性がありますか。 はい（妊娠 \_\_\_\_\_ カ月）・いいえ

（※代筆者のおなまえ \_\_\_\_\_、本人との御関係 \_\_\_\_\_）

※ご本人以外の方が代筆された場合に記入してください。

ご協力ありがとうございました。

東京医科歯科大学歯学部附属病院