

あなたの健康履歴

歯科履歴

歯に問題がありますか? はい () いいえ () はいと答えた場合 _____

Do you have a specific dental problem? Yes No If yes,

歯科治療に対して不安感がありますか? Has fear of discomfort kept you from regular visits? はい Yes () いいえ No ()

歯茎から出血しますか? Do your gums bleed? はい Yes () いいえ No ()

今までに受けたことがある治療に印をつけて下さい。Have you ever had any of the following?

() 顔や顎、歯の怪我 () 口腔外科手術 () 歯科矯正治療 () 歯茎の手術
Injury to face, jaw or face Oral Surgery Orthodontic Treatment Periodontal Surgery

今までにあった症状全てに印をつけて下さい。Do you ever experience the following symptoms?

() 頭痛 () 顎関節の痛み () 顎関節音 () 知覚過敏 () めまい () 耳鳴り () 首の痛み
Headaches TMJ Pain TMJ Noise Sensitivity Vertigo Tinnitus Cervical Pain
() 温度過敏 <熱・冷> () 歯軋り () 指先のしびれ () 不安症・不眠症
Thermal Sensitivity Hot/Cold Bruxism Tingling in Fingertips Nervousness/Insomnia

健康履歴

健康ですか? Are you in good health? はい Yes () いいえ No () いいえと答えた場合 If No _____

過去一年間に健康上で変わったことがありますか? はい () いいえ () はいと答えた場合 _____

Have there been any changes to your general health within the past year? Yes No If Yes,

過去に大規模な手術や入院の経験がありますか? はい () いいえ () はいと答えた場合 _____

Have you ever been hospitalized or had a major operation? Yes No If yes,

常用している薬がある場合、全て明記して下さい。 _____

Medication, pills or drugs being taken.

今まで、又は現在ダイエット用の薬である Pondimin (fendluramine), Redux (dexphenfluramine), Phen-fen (phentermine)を使用しましたか? Are you taking or have you taken diet drugs such as above? はい Yes () いいえ No ()

アレルギー反応のある薬全てに印をつけて下さい。Medication Allergy

() アスピリン Aspirin () ペニシリン Penicillin () コデイン Codeine () アクリル Acrylic () ラテックス Latex
() 局部麻酔 Local Anesthetic () サルファ Sulfa () 睡眠薬・精神安定剤 Barbituates () ヨード Iodine
() その他 Other _____

女性の方に質問です。あてはまるものに印をつけて下さい。For Women only

() 妊娠をしている、又はしようとしている。Pregnant or Trying to get pregnant () 母乳を与えている Nursing
() 避妊薬を飲んでいる Taking oral contraceptives

下記であてはまるもの全てに印をつけて下さい。Please check all that apply

() 心臓病 Heart Disease () ペースメーカー Pace Maker () 脳梗塞 Stroke () 癌 Cancer
() 心雑音 Heart Murmur () 心臓疾患 Damaged Heart Valves () 糖尿病 Diabetes () てんかん Epilepsy
() 肝炎 Hepatitis () 胃潰瘍 Stomach Ulcer () 狭心症 Angina () 高血圧 Hypertension () エイズ・HIV
() 人工関節 Artificial Joints () 心臓発作 Heart Attack () 低血圧 Hypotension () 性病 Venereal Disease
() 異常な出血 Abnormal Bleeding () リューマチ Rheumatic Disease () 腎臓病 Kidney Problems () 腫瘍 Tumor
() ぜんそく Asthma () 鼻炎 Sinus Infection () じんましん Hives () けいれん Seizure () 甲状腺の病気 Thyroid
() 結核 Tuberculosis () 白血病 Leukemia () 緑内障 Glaucoma

その他にかかった病気 Other illness not listed above _____

私は上記にある情報が全て正確であることに同意し、間違った自己の記入事項に対して、医師やそのスタッフに責任を負わせません。健康状態が変化した場合は、次回の診察の時に必ず知らせます。

署名 _____ 氏名 _____ 月 _____ 日 _____

Reviewed by Doctor _____ Date _____