

患者の氏名 _____ 呼び名 _____ 年齢 _____
 医師の名前と専門分野 _____
 直近の検診 _____ 目的 _____
 あなたの一般的健康状態は、次のどれに該当しますか？ 極めて良い 良い 普通 悪い

以下のことを経験中ですか、または経験したことがありますか： はい いいえ

- | | | | |
|---|---|----|-----|
| 1. 病気または怪我による入院 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 27. 関節炎 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | はい | いいえ |
| 2. 次の薬剤に対するアレルギー反応 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 28. 自己免疫疾患 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> アスピリン、イブプロフェン、アセタミノフェン、コデイン | (リウマチ性関節炎、狼瘡、強皮症など) | | |
| <input type="checkbox"/> ペニシリン _____ | 29. 緑内障 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> エリスロマイシン _____ | 30. コンタクトレンズ着用 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> テトラサイクリン _____ | 31. 頭部または頸部の損傷 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> サルファ剤 _____ | 32. てんかん、けいれん（発作） _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 局所麻酔薬 _____ | 33. 神経性障害（ADD/ADHD、プリオン病） _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> フッ化物 _____ | 34. ウイルス感染およびヘルペス _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 金属（ニッケル、金、銀など、 _____） | 35. 口腔内のしこりまたは腫れ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> ラテックス _____ | 36. 蕁麻疹、皮膚発疹、花粉症 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> その他 _____ | 37. STI/STD/HPV _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 3. 過去6か月以内の心臓疾患または心臓ステントの使用 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 38. 肝炎（タイプ _____） _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 4. 感染性心内膜炎 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 39. HIV/エイズ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 5. 人工心臓弁、治療済み心臓欠陥（PFO） _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 40. 腫瘍、異常増殖 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 6. ペースメーカーまたは植え込み型除細動器 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 41. 放射線治療 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 7. 人工器官（関節置換） _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 42. 化学療法、免疫抑制剤の投与 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 8. リウマチ熱または猩紅熱 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 43. 情緒障害 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 9. 高血圧または低血圧 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 44. 精神病治療 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 10. 脳卒中（抗凝血剤を服用中） _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 45. 抗鬱剤の投与 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 11. 貧血症またはその他の血液疾患 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 46. アルコール/市販の医薬品の利用 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 12. 小切り傷に起因する持続出血（INR>3.5） _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | あなたは、次のいずれかに該当しますか： | | |
| 13. 気腫、息切れ、サルコイドーシス _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 47. 現在、他の疾患の治療中 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 14. 結核、麻疹、水疱瘡 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 48. 過去24時間の自分の健康状態の変化に気づいている _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 15. 喘息 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (熱、悪寒、咳、下痢など) _____ | | |
| 16. 呼吸器障害または睡眠障害（睡眠時無呼吸、いびき、蓄膿など） _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 49. 体重管理のために薬剤を服用中 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 17. 腎臓病 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 50. サプリメントを摂取 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 18. 肝臓病 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 51. 過度に疲れる、または疲れやすい _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 19. 黄疸 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 52. 頻繁に頭痛を経験 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 20. 甲状腺、副甲状腺の疾患またはカルシウム欠乏症 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 53. 喫煙者、過去に喫煙していた、または無煙タバコを利用している _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 21. ホルモン欠乏症 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 54. 気難しい/過敏だと思われる _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 22. 高コレステロールまたはスタチン系薬剤の服用 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 55. 頻繁に不快感または鬱を感じる _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 23. 糖尿病（HbA1c = _____） _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 56. 女性のみ - 経口避妊薬を服用している _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 24. 胃潰瘍または十二指腸潰瘍 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 57. 女性のみ - 妊娠中 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 25. 消化器疾患（セリアック病、胃内逆流など） _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 58. 男性のみ - 前立腺障害 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 26. 骨粗鬆症/骨減少症（ビスフォスフォネートの服用など） _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |

あなたが現在受けている治療、予定している手術、先天性異常/発育障害、または歯科治療に影響しそうな他の治療すべてを説明してください。（ボトックス、コラーゲン注射など）

過去2年以内に摂取したすべての薬剤、サプリメント、ビタミン類などをすべて一覧表示してください。

薬剤	目的	薬剤	目的

将来、あなたの医療履歴または薬剤投与に何らかの変化があった場合は、私どもにお知らせください。

患者の署名 _____ 日付 _____

医師の署名 _____ 日付 _____

