

氏名： _____

生年月日： _____

日付： _____

この問診票は、患者様に安全な歯科治療を提供するためのものです。
できる限り正確に、わかる範囲でご記入ください。不明な項目は空白のままにしておいてください。

心・血管系疾患

Yes No

- 高血圧
- 先天性心疾患
- 心雑音・不整脈
- リウマチ熱
- ペースメーカー
- 血管置換術
- 心臓弁置換術
- 心筋梗塞
- 心臓の手術
- 心不全
- 狭心症・胸痛
- 脳梗塞
- 高脂血症（高コレステロール）

内分泌系・血液系・腫瘍系・免疫系疾患

Yes No

- 過度の空腹感
- 過度の喉の渇き
- 糖尿病
- 甲状腺疾患
- 血友病
- 鎌状赤血球症
- 出血傾向（血が止まりにくい）
- 貧血
- 自己免疫疾患
- 癌・悪性腫瘍
- 放射線療法
- 化学療法
- HIV/AIDS
- 臓器移植
- 輸血

筋骨格系・中枢性・先天性疾患

Yes No

- 慢性の口・顎・顔の痛み
- 慢性の頭痛
- 慢性の首や肩の痛み
- 顎関節雑音（カクツ、ジャリジャリ）
- 関節置換術（人工関節）
- 骨関節炎
- リウマチ性関節炎
- 脊髄損傷
- てんかん・痙攣
- めまい・ふらつき
- 虚脱感
- 多発性硬化症
- 脳性麻痺
- 知的発達遅滞（知的障害）
- 痴呆・アルツハイマー
- 失神
- 視力障害
- 白内障
- 聴力障害

消化器系・泌尿器系疾患

Yes No

- 肝炎
- 透析治療
- 潰瘍
- 性感染症
- 輸血拒否

精神性疾患

Yes No

- 不安/緊張
- 抑うつ
- 精神科・心療内科の受診
- 不眠



あなたのイタミに

あんどう歯科口腔外科

Ando Orofacial Pain & Oral Medicine Clinic

呼吸器系疾患

Yes No

- 喘息
 慢性鼻炎
 寝汗
 肺気腫
 結核
 その他

趣向品

Yes No

- 飲酒
 喫煙（ 本/日 x 年）
 ドラッグ（麻薬・脱法ドラッグ）

アレルギー

Yes No

- ペニシリン
 歯科用麻酔薬
 アスピリン
 ラテックス
 ヨード
 その他

上記以外の既往歴

入院歴・手術歴

家族歴

Yes No

- 糖尿病
 高血圧
 心疾患
 出血傾向
 癌
 偏頭痛

現在使用中の薬をご記入ください。

（お薬手帳をお持ちの場合はご提示ください）

下記の質問にお答えください

ビスフォスフォネート製剤（骨粗鬆症治療薬・抗がん剤）を使用した事はございますか？

はい・いいえ

唾液が少なすぎると感じますか？

はい・いいえ

食事中に口が渇く感じがしますか？

はい・いいえ

女性のみお答えください。

現在妊娠中・または妊娠の可能性はありますか？

はい ・ いいえ

経口避妊薬を服用していますか？

はい ・ いいえ

現在授乳中ですか？

はい ・ いいえ



あなたのイタミに

あんどう歯科口腔外科

Ando Orofacial Pain & Oral Medicine Clinic