



## 患者登録カード・問診表

ふりがな

西暦

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ TEL： \_\_\_\_\_

住所： 〒 \_\_\_\_\_

当院のことはどちらで知りましたか？（他院からのご紹介の場合は、医院名・医師名をお願いします）

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
- ペースメーカー
- 心筋梗塞
- 心臓の手術
- 狭心症・胸痛
- 脳梗塞
- 脂質異常（高コレステロール）

### 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（カクッ、ジャリジャリ）
- 関節置換術（人工関節）
- リウマチ性関節炎
- てんかん・痙攣
- めまい・ふらつき
- 緑内障

### 内分泌系・血液系・腫瘍系・免疫系疾患

Yes No

- 糖尿病
- 甲状腺疾患
- 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

### 消化器系・泌尿器系疾患

Yes No

- 肝炎
- 透析治療
- 潰瘍
- 性感染症

### 精神性疾患

Yes No

- 不眠
- 不安/緊張
- 抑うつ
- 精神科・心療内科の受診

## 呼吸器系疾患

Yes No

- 喘息  
  慢性鼻炎  
  結核

## 趣向品

Yes No

- 飲酒  
  喫煙（ 本/日 x 年）

## アレルギー

Yes No

- 消毒用アルコール  
  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

## 入院歴・手術歴

---

---

---

## 上記以外の既往歴

---

---

---

## 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

## 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

### 医療情報の開示についての同意

**（必ず「はい」または「いいえ」に○をつけてください）**

当院は国内では特殊な疾患を扱う医療機関です。患者様の病状や治療の経過などは、これら疾患の診断・治療方法を究明するために非常に貴重な情報となります。

専門の学会や講演などで、患者様の個人情報（個人を特定できる情報）をすべて削除した上で、病状や診察内容、治療の経過などを開示することにご同意いただけますでしょうか。

はい ・ いいえ

なお、この同意を拒否することで、患者様に不利益が生じることはございません。また、いつでも同意を撤回できます。