

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 男・女

1. 今日どのような症状で受診されましたか？

( \_\_\_\_\_ )

2. 現在治療しているまたは過去に治療していた病気がありますか？

- ない       糖尿病       心臓病(狭心症・心筋梗塞・不整脈など)
- 高血圧       肝炎・肝臓病       喘息       腎臓病       リウマチ
- 骨粗鬆症       その他( \_\_\_\_\_ )

3. 現在、通院中の病院はありますか？

- ない       ある(病院名： \_\_\_\_\_ )

4. 現在、お薬を服用中ですか？

- ない
- 服用している      薬剤名( \_\_\_\_\_ )
- 骨粗鬆症の薬を服用している      薬剤名( \_\_\_\_\_ )
- 血が固まりにくい薬を服用している      薬剤名( \_\_\_\_\_ )

5. 今までにお薬を服用して、異常がありましたか？

- ない
- 胃の調子が悪くなった
- じんましんや吐き気が起こり、服用を中止した事がある
- その他( \_\_\_\_\_ )



6. 今までに歯の治療中に異常が起こった事がありますか？

- ない
- 麻酔注射などで気分が悪くなったり、意識がなくなった事がある
- 歯を抜いた時に血が止まりにくかった事がある
- その他( \_\_\_\_\_ )

7. 今までに薬や食べ物などでアレルギーを起こした事がありますか？

- ない
  - ある(名称： \_\_\_\_\_ )
- |          |          |     |
|----------|----------|-----|
| じんましん    | アトピー性皮膚炎 | 花粉症 |
| アレルギー性鼻炎 | 気管支喘息    |     |

☆ 女性の方は、以下の質問にお答え下さい

- 妊 娠：  していない       している( \_\_\_\_\_ 週)       分からない
- 授乳中：  いいえ       はい
- 経口避妊薬の内服(ピルなど)：  いいえ       はい