

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 高血圧 心臓病(狭心症・心筋梗塞・不整脈など) 喘息 肝炎・肝臓病 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(_____) 市販のサプリメントを服用している 薬剤名(_____)

5. 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(_____)

6. 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: _____) 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 [じんま疹 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 はい全身麻酔で手術を行う際、休薬が必要なためご記入お願いします。