

健康状態についての調査票

( 年 月 日記入)

◎ 下記の調査は診療を安全・適切に行なう目的で使用いたします

◎ ご教示いただいた内容は、当診療所で厳重に保管・管理されます

フリガナ \_\_\_\_\_ 学校・施設名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ ニックネーム \_\_\_\_\_

- ① どのような症状で来院を希望しましたか
  
- ② いつ頃から症状がでましたか
  
- ③ 現在の体調はいかがですか (良い / 普通 / あまりよくない / 悪い)
- ④ むせることや痰がうまく出せないことがありますか ( はい / いいえ )
- ⑤ 呼吸する時にゼコゼコしたりすることがありますか ( はい / いいえ )
- ⑥ けいれんの発作の経験はありますか ( はい / いいえ )
- ⑦ 現在、飲んでる薬はありますか ( はい / いいえ )
- ⑧ 輸血をしたことがありますか ( はい / いいえ )
- ⑨ アレルギーはありますか ( はい / いいえ )
- ⑩ いままでに入院したことがありますか ( はい / いいえ )
- ⑪ いままでにかかった病気はありますか ( はい / いいえ )  
あてはまる項目に○をつけてください
  - ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ リュウマチ ・ 糖尿病 ・ 高血圧
  - ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ その他 ( )
- ⑫ いまどこかの病院にかかっていますか ( はい / いいえ )

病院	科	主治医	先生
病院	科	主治医	先生
病院	科	主治医	先生
- ⑬ 食物を詰まらせたり、食べこぼすことがありますか ( はい / いいえ )
- ⑭ いままでに歯科治療を受けたことがありますか ( はい / いいえ )
- ⑮ 歯科治療中に問題が生じたことがありますか ( はい / いいえ )
- ⑯ 歯磨きは毎日しますか ( はい / いいえ )
- 接するにあたり、私どもが注意する事柄等がありましたらご記入ください
  
- その他、担当歯科医師・歯科衛生士が知っていた方が良いと思われること、ご希望などをお書きください
  
- 歯科診療について不安に思っていることがありましたらお聞かせください
  
- その他に質問などがありましたら記入してください