

健康調査票

この健康調査票は、皆様に安全かつ適切な歯科治療を受けていただくために必要なものです。下記の項目の中で、該当するものには○や内容を記入して、初診時に担当医にお渡し下さる様お願いいたします。

わからない部分は書かなくても結構です。

なお、この健康調査票に書かれている内容を治療目的以外に使用する事はありません。

受診希望の方のお名前

愛称

性別

男・女

M・T・S・H

年

月

日生まれ

住所

〒

電話

在学・施設名

所属障害者団体(所属されている場合)

当診療所までの所要時間

時間 分

(交通機関:)

保護者(介護者)のお名前

本人との続柄

保護者(介護者)の勤務先または住所

電話

保護者(介護者)の緊急連絡先

電話

障害手帳について

- ・ 持っている
- ・ 持っていない

今回の治療を希望される理由についておたずねします

歯が痛い 歯がしみる 入れ歯の具合が悪い 歯の検査

口臭 歯のぐらつき 出血

歯並びの異常 かみ合わせの異常 その他

具体的には:

現在のお体の状態についてうかがいます

身長 cm 体重 キロ

平熱 度

血圧 上() / 下()

脈拍数 回 / 分 (整・不整)

現在何か病気にかかっていますか？ (はい・いいえ)

はいとお答えの方は以下の欄にご記入下さい。

(複数の場合は全てお答え下さい)

現在の病名

通院中の病院名

診療科目

担当先生のお名前

病院の電話番号

現在毎日飲んでいる薬はありますか？ (はい・いいえ)

はいの場合、そのお薬の名前は？

薬が合わなかったり体調不良になった経験はありますか？

(はい・いいえ)

はいの場合、具体的に

お薬はどんなものが飲めますか？

水薬 粉薬 錠剤 カプセル 何でも可能

疾患および障害についてうかがいます

疾患名

障害名

今までにかかった病気についておたずねします

(該当するものに○をつけて下さい)

- | | |
|-----------|---|
| 1 呼吸器の病気 | 気管支喘息・肺結核・肺炎・副鼻腔炎・その他 |
| 2 循環器の病気 | 高血圧症・狭心症・心筋梗塞・弁疾患・その他
動脈硬化 脳血管障害 |
| 3 肝臓の病気 | 肝炎()型・肝硬変・その他 |
| 4 腎臓の病気 | 慢性腎炎・ネフローゼ・血液透析・その他 |
| 5 消化器の病気 | 胃潰瘍・十二指腸潰瘍・その他 |
| 6 内分泌系の病気 | 糖尿病・甲状腺機能異常(亢進・低下)その他 |
| 7 神経系の病気 | てんかん 脳性麻痺 パーキンソン その他 |
| 8 精神的な障害 | 神経症・うつ・統合失調症・パニック障害・その他 |
| 9 発達期の障害 | 精神遅滞 自閉症 ダウン症 その他 |
| 10 アレルギー | アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎
薬剤アレルギー(詳細:)・アナフィラキシー既往 |
| 11 その他の病気 | 視力障害 聴力障害 痴呆 リウマチ 性病 エイズ
その他 |
| 12 感染症 | () |