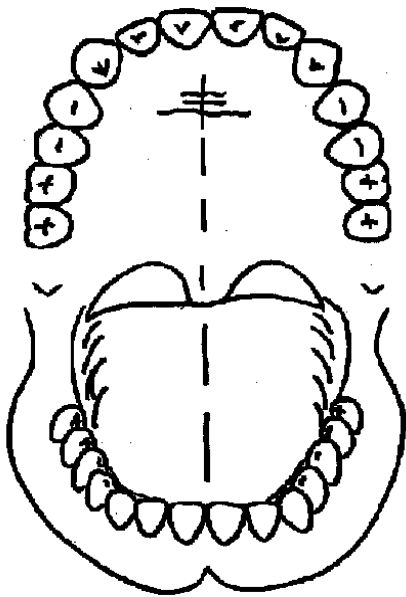


1. いつ頃から、どのような症状がありますか？



2. 歯科治療において、麻酔で気分が悪くなったことがありますか？

はい

いいえ

初めて診察を受けられる方へ

問診室入力

※ ご記入またはを入れてください

令和 年 月 日

フリガナ		年齢	体温： ℃	脈拍： 回/分
氏名			血圧： / mmHg	
携帯	-		身長： cm	体重： kg
緊急連絡先	氏名： 続柄：		呼吸数： 回	SPO2： %
	電話番号： -			

<p>① 今までにかかった病気(指摘されたことのある病気)がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 透析・シャント部位()</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病</p> <p><input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 耳・鼻の病気 <input type="checkbox"/> 胃・腸の病気 <input type="checkbox"/> 骨の病気</p> <p><input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他()</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>② 手術を受けたことがありますか？ (病名または手術名)</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">年齢</td> <td style="width: 30%;">医療機関</td> <td style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	年齢	医療機関	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
年齢	医療機関	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
<p>③ 現在飲んでいる薬がありますか？</p> <p>お薬手帳を持参されていますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>④ 薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？</p> <p>薬品名() 症状()</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑤ 以下のアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 食べ物(食品名:) 症状()</p> <p><input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ゴム・ラテックス <input type="checkbox"/> ヨード系 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 絆創膏</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑥ 体内・体外に留置している医療機器がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 避妊リング・ペッサリー</p> <p><input type="checkbox"/> 歯のインプラント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器(ICD)</p> <p><input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> その他()</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑦ タバコ(電子タバコも含みます)は吸いますか？</p> <p>(歳頃から 本/日) (喫煙歴: 年)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑧ お酒は飲みますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑨ がんなどの悪性の病気が分かった場合、告知を受けたいですか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑩ 治療上輸血が必要となったときは受けられますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑪ 女性の方へお尋ねします。妊娠中、または可能性はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑫ かかりつけの歯科があれば教えてください</p>	<p>() 歯科</p>						