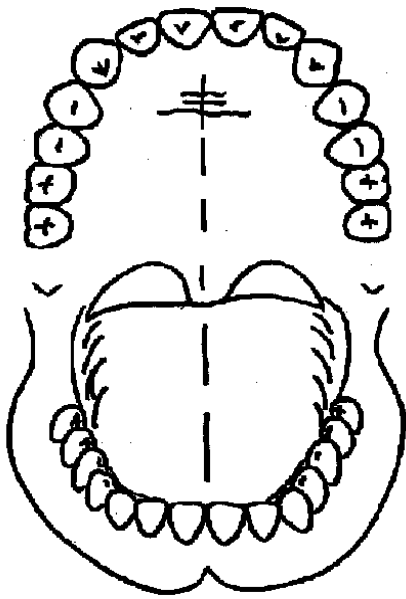


1. いつ頃から、どのような症状がありますか？



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： °C | 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： - - | | | |

| | | | |
|--|----|------|--|
| 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？ | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| <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() <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 <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 <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() | | | |
| ② 手術を受けたことがありますか？ (病名または手術名) | 年齢 | 医療機関 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 現在飲んでいる薬がありますか？ お薬手帳を持参されていますか？ | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ 薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？ 薬品名() 症状() | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ 以下のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> 食べ物(食品名：) 症状() <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 | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥ 体内・体外に留置している医療機器がありますか？ <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> 避妊リング・ペッサリー <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) <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> リブレ <input type="checkbox"/> その他() | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑦ 喫煙歴はありますか？(電子タバコも含みます) (歳頃から 本/日) (喫煙歴： 年) | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑧ お酒は飲みますか？ | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑨ がんなどの悪性の病気が分かった場合、自分で病状説明を聞きますか？ | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑩ 必要時、輸血を受けますか？ | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 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？ | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑫ かかりつけの歯科があれば教えてください | | | () 歯科 |