

詳細問診票

Medical Questionnaire

該当する項目に✓をおねがいします

ご記入日 年 月 日

基本情報

フリガナ _____
お名前 _____

生年月日 年 月 日 (歳)

連絡先
携帯 — —
緊急連絡先
携帯 — —

かかりつけ医

1. 現在治療中のご病気

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 高血圧 | ☐ 糖尿病 | ☐ 甲状腺疾患 | ☐ 感染症 |
| ☐ 心臓病 | ☐ 臓病 | ☐ ぜんそく | ☐ 精神疾患 |
| ☐ 脳梗塞・脳出血 | ☐ 肝臓病 | ☐ リウマチ | ☐ 心療内科通院中 |
| ☐ 糖尿病 | ☐ 骨粗しょう症 | ☐ がん治療中 | ☐ その他 |

2. 飲んでいるお薬

特に確認したいお薬

- | |
|--|
| ☐ 血液をサラサラにするお薬 ワーファリン・バイアスピリンなど |
| ☐ 骨粗しょう症のお薬 ビスホスホネート製剤・注射薬など |
| ☐ ステロイド |
| ☐ その他 |

その他のお薬

3. アレルギーについて

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 麻酔 | ☐ 抗生物質 |
| ☐ 金属 | ☐ 痛み止め |
| ☐ ラテックス（ゴム製品） | |
| ☐ 食品 | |
| ☐ その他 [] | |

4. 感染症について

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ なし | |
| ☐ A型肝炎 | ☐ HIV(エイズ) |
| ☐ B型肝炎 | ☐ 梅毒 |
| ☐ C型肝炎 | ☐ 結核 |
| ☐ その他 [] | |

5. 麻酔・外科処置について

- | |
|--|
| ☐ 麻酔で気分が悪くなったことがある |
| ☐ 抜歯後に血が止まりにくかったことがある |
| ☐ 外科的処置後に腫れやすいことがある |
| ☐ その他 |

歯科で使用するお薬についてお聞きます

◎抗生物質について

- | |
|---|
| ☐ 問題ない |
| ☐ 使用できないものがある |
| ☐ ペニシリン系（サワシリン・アモキシシリンなど） |
| ☐ セファム系（ケフラール・ケフラックスなど） |
| ☐ マクロライド系（ジスロマティック・クラリスなど） |

問題なく使用できる薬
わかる範囲でご記入ください

◎痛み止めについて

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 問題ない | |
| ☐ 使用できないものがある | |
| ☐ ロキソニン | ☐ イブプロフェン系 |
| ☐ ボルタレン | ☐ アスピリン系 |
| ☐ カロナール | ☐ その他 |

問題なく使用できる薬
わかる範囲でご記入ください

◎うがい薬・塗り薬について

- | | |
|---|----------------------------------|
| ☐ 問題ない | |
| ☐ 使用できないものがある | |
| ☐ クロルヘキシジン（コンクールFなど） | |
| ☐ ヨード系（イソジンなど） | |
| ☐ ステロイド軟膏 | ☐ その他 () |

問題なく使用できる薬
わかる範囲でご記入ください