

あなたの健康記録

年 月 日

より良き診療を進める為の大切な参考資料となります。できるだけ正確にお答え下さい。

ふりがな			生 年 月 日
お名前	男・女	明昭 大平	年 月 日(才)
ご住所	TEL		
お勤め先(又は学校名)	TEL		
ご職業			
どちらかに○印をおつけ下さい 未 婚 ・ 既 婚			

<p>ご来院の主な理由は？</p> <p>(あてはまる項目全部に○をつけて下さい)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 歯が痛い ● むし歯がある ● つめ物がとれた ● 歯ぐきがはれた ● 歯ぐきから血が出る ● 歯がグラグラする ● 入れ歯を新しく作りたい ● フッ素を塗ってほしい ● その他(具体的に) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 抜けた後に歯を入れたい ● 口臭がする ● 歯石をとってほしい ● かぶせた物がとれた ● 歯が浮く ● 入れ歯が割れた ● 歯を白くしたい
<p>血圧はいかがですか？</p>	<p>正 常 ・ 高 い ・ 低 い ・ 不 明 (mmHg)</p>	
<p>現在、あるいは今までにかかった病気がありますか？</p>	<p>いいえ・はい</p>	<p>心臓・胃・腸・腎・脳 貧血・糖尿病・高血圧・低血圧・ぜんそく 肝(A、B、C、その他)・更年期障害・てんかん リュウマチ・自律神経失調症・アレルギー その他</p>
<p>現在通院中ですか？</p>	<p>いいえ・はい</p>	<p>病名 _____ 病・医院</p>
<p>現在服用中の薬はありますか？</p>	<p>いいえ・はい</p>	<p>薬名 _____</p>

↓ 裏面にも質問がございます。
忘れずにご記入下さい。

