

# 医療履歴

患者の氏名 \_\_\_\_\_ 呼び名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
医師の名前と専門分野 \_\_\_\_\_  
直近の検診 \_\_\_\_\_ 目的 \_\_\_\_\_  
あなたの一般的健康状態は、次のどれに該当しますか？ 極めて良い 良い 普通 悪い

以下のことを経験中ですか、または経験したことがありますか： はい いいえ

- |   |   |
|---|---|
| 1. 病気または怪我による入院 _____   | 27. 関節炎 _____                                       |
| 2. 次の薬剤に対するアレルギー反応 _____<br>アスピリン、イブプロフェン、アセタミノフェン、コデイン<br>ペニシリン _____<br>エリスロマイシン _____<br>テトラサイクリン _____<br>サルファ剤 _____<br>局所麻酔薬 _____<br>フッ化物 _____<br>金属（ニッケル、金、銀など、 _____）<br>ラテックス _____<br>その他 _____ | 28. 自己免疫疾患 _____<br>(リウマチ性関節炎、狼瘡、強皮症など)             |
| 3. 過去6か月以内の心臓疾患または心臓ステントの使用 _____   | 29. 緑内障 _____                                       |
| 4. 感染性心内膜炎 _____  | 30. コンタクトレンズ着用 _____                                |
| 5. 人工心臓弁、治療済み心臓欠陥（PFO） _____  | 31. 頭部または頸部の損傷 _____                                |
| 6. ペースメーカーまたは植え込み型除細動器 _____  | 32. てんかん、けいれん（発作） _____                             |
| 7. 人工器官（関節置換） _____   | 33. 神経性障害（ADD/ADHD、プリオン病） _____                     |
| 8. リウマチ熱または猩紅熱 _____  | 34. ウイルス感染およびヘルペス _____                             |
| 9. 高血圧または低血圧 _____  | 35. 口腔内のしこりまたは腫れ _____                              |
| 10. 脳卒中（抗凝血剤を服用中） _____   | 36. 蕁麻疹、皮膚発疹、花粉症 _____                              |
| 11. 貧血症またはその他の血液疾患 _____  | 37. STI/STD/HPV _____                               |
| 12. 小切り傷に起因する持続出血（INR>3.5） _____  | 38. 肝炎（タイプ _____） _____                             |
| 13. 気腫、息切れ、サルコイドーシス _____   | 39. HIV/エイズ _____                                   |
| 14. 結核、麻疹、水疱瘡 _____   | 40. 腫瘍、異常増殖 _____                                   |
| 15. 喘息 _____  | 41. 放射線治療 _____                                     |
| 16. 呼吸器障害または睡眠障害（睡眠時無呼吸、いびき、蓄膿など） _____   | 42. 化学療法、免疫抑制剤の投与 _____                             |
| 17. 腎臓病 _____   | 43. 情緒障害 _____                                      |
| 18. 肝臓病 _____   | 44. 精神病治療 _____                                     |
| 19. 黄疸 _____  | 45. 抗鬱剤の投与 _____                                    |
| 20. 甲状腺、副甲状腺の疾患またはカルシウム欠乏症 _____  | 46. アルコール/市販の医薬品の利用 _____                           |
| 21. ホルモン欠乏症 _____   | <b>あなたは、次のいずれかに該当しますか：</b>                          |
| 22. 高コレステロールまたはスタチン系薬剤の服用 _____   | 47. 現在、他の疾患の治療中 _____                               |
| 23. 糖尿病（HbA1c = _____） _____  | 48. 過去24時間の自分の健康状態の変化に気づいている<br>(熱、悪寒、咳、下痢など) _____ |
| 24. 胃潰瘍または十二指腸潰瘍 _____  | 49. 体重管理のために薬剤を服用中 _____                            |
| 25. 消化器疾患（セリアック病、胃内逆流など） _____  | 50. サプリメントを摂取 _____                                 |
| 26. 骨粗鬆症/骨減少症（ビスフォスフォネートの服用など） _____  | 51. 過度に疲れる、または疲れやすい _____                           |
|   | 52. 頻繁に頭痛を経験 _____                                  |
|   | 53. 喫煙者、過去に喫煙していた、または無煙タバコを利用している _____             |
|   | 54. 気難しい/過敏だと思われる _____                             |
|   | 55. 頻繁に不快感または鬱を感じる _____                            |
|   | 56. 女性のみ - 経口避妊薬を服用している _____                       |
|   | 57. 女性のみ - 妊娠中 _____                                |
|   | 58. 男性のみ - 前立腺障害 _____                              |

あなたが現在受けている治療、予定している手術、先天性異常/発育障害、または歯科治療に影響しそうな他の治療すべてを説明してください。  
(ボトックス、コラーゲン注射など)

過去2年以内に摂取したすべての薬剤、サプリメント、ビタミン類などをすべて一覧表示してください。

薬剤	目的	薬剤	目的

将来、あなたの医療履歴または薬剤投与に何らかの変化があった場合は、私どもにお知らせください。

患者の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_  
医師の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_