



HEALTH HISTORY

Patient Name (氏名) : Dr. / Mr. / Mrs. / Miss / Ms. _____

Birth Date (生年月日) : _____

I. CIRCLE APPROPRIATE ANSWER 該当する箇所に○を付け、質問にお答え下さい :

YES NO Have you been hospitalized or had a serious illness in the last three years?

はい いいえ 過去3年間に入院された又は重い病気にかかりましたか? その理由 :

YES NO Are you being treated by a physician now?

はい いいえ 現在医者にかかっていますか? その理由 :

Date of last medical exam? 最後の身体検査日 :

YES NO Have you had problems with prior dental treatment?

はい いいえ 過去の歯科治療に不満はありましたか? その理由 :

YES NO Do you have tooth, mouth or gum pain now?

はい いいえ 現在歯、口、又は歯茎に痛みはございますか?

Date of last dental exam? 最後の歯科検診日 :

II. MARK WITH "X", IF YOU HAVE OR HAVE HAD THE CONDITION 以下症状がある又はあった場合、X印を付けて下さい。

Allergies (food, medication, latex, others)
アレルギー (食物、薬剤、ラテックス、他)

Fainting spell 立ちくらみ

Family history of diabetes
ご家族に糖尿病の方がいる

Anemia 貧血

Glaucoma 緑内障

Anxiety Disorder 不安障害

Head injuries 頭部負傷

Arthritis, rheumatism, other joint pain or stiffness
リウマチ、関節炎

Heart attack, defect, murmur, other heart disease
心臓発作、欠損、雑音や疾患

Artificial joint 人工関節

Hepatitis 肝炎

Asthma, tuberculosis, emphysema, other lung disease
喘息、結核、肺気腫、その他の肺疾患

Herpes ヘルペス

Autism 自閉症

High blood pressure 高血圧

Blood disease 血液疾患

High cholesterol 高コレステロール

Bulimia 神経性過食症

HIV / AIDS 後天性免疫不全症候群

Cancer, Tumor ガン、腫瘍

Jaundice 黄疸

Daily baby aspirin 毎日 81mg のアスピリン服用

Kidney disease 腎臓病

Diabetes 糖尿病

Liver disease 肝臓病

Dizziness めまい

Low blood pressure 低血圧

Epilepsy てんかん

Lupus ルーパス (狼瘡)

Excessive bleeding 出血過多

Psychiatric care 精神科の通院

Pacemaker ペースメーカー

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Radiation treatment 放射線治療 | <input type="checkbox"/> Blood transfusion 輸血 |
| <input type="checkbox"/> Respiratory problems 呼吸器疾患 | <input type="checkbox"/> Chemotherapy 化学療法 |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic fever リウマチ熱 | <input type="checkbox"/> Chest pain (angina) 胸の痛み (狭心症) |
| <input type="checkbox"/> Sinus problems 蓄膿症 | <input type="checkbox"/> Dry Mouth 口が渇く |
| <input type="checkbox"/> Stomach problems, ulcers 胃の病気、胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> Recent weight loss, fever, night sweats
最近急な体重減少、発熱又は寝汗 |
| <input type="checkbox"/> Stroke 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> Surgeries 手術 : |
| <input type="checkbox"/> Thyroid, adrenal disease 甲状腺、分泌腺の疾患 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Venereal disease 性病 | <input type="checkbox"/> Others 他 : |
| <input type="checkbox"/> Bleeding problems, bruising easily
血が止まりにくい、あざがしやすい | _____ |

III. CIRCLE IF CURRENTLY TAKING 現在お取りでしたら○印を付け、質問にお答え下さい :

YES NO Drugs, medications, over-the-counter medicines (including aspirin), natural remedies? If yes, please list:
はい いいえ 薬剤、処方箋、市販薬 (アスピリンを含む)、漢方薬をお飲みになっている場合、ご記入下さい :

YES NO Tobacco in any form? If yes, please list amount/frequency, i.e. pack/day, below:
はい いいえ たばこ (どんな種類でも) を吸われる場合、量/頻度を教えて下さい : _____

YES NO Alcohol? If yes, please list amount/frequency below:
はい いいえ アルコールをお飲みになる場合、量/頻度を教えてください : _____

Others not mention above, please list その他上記されていない物をご記入下さい :

IV. WOMEN ONLY -- CIRCLE APPROPRIATE ANSWER 女性のみ -- 該当する箇所に○印を付けて下さい :

YES NO Are you or could be pregnant or nursing?
はい いいえ 現在妊娠している又は可能性がある又は授乳されていますか?

YES NO Are you taking birth control pills?
はい いいえ 避妊薬 (ピル) をおとりになっていますか?

V. ALL PATIENTS – If you have or have had any other disease or medical conditions NOT listed on this form, please explain:

この書類にリストされていない疾患や健康問題がございましたら説明して下さい :

To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately. I will inform my dentist of any changes in my health and/or medication. 上記の質問事項に対し、完全かつ正確に答えました。もし健康状態や薬に変更があった場合には直ちに歯科医師へ伝えます。

Patient's (In case of minor, Guardian's) Signature 患者様 (未成年の場合、保護者) のサイン :

Date 日付 :
