

初めての患者様へ

カルテを作成します。必要事項のご記入をお願い致します。

医療法人愛進会

日時 年 月 日

ふりがな		男 女	生年月日	(満	歳)
お名前			昭和・平成	年	月
ご住所	〒	※ご自宅電話番号		—	—
		※携帯電話番号		—	—
ご職業		Email	@		

現在の健康状態は？ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良	※女性の方・・・ <input type="checkbox"/> 妊娠中（ 月） 妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> なし
---	--	---

タバコは吸いますか？ <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸っていたが今は吸わない

今までにかかった、もしくは現在かかっている病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病(<input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他「 」) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他()

※以下の疾患に関しては、歯科治療においても全身状態のモニタリングが必要な場合がございます。 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓のご病気 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳血管に関係するご病気(病名「 」) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺のご病気(病名「 」) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> 腎臓・副腎のご病気(病名「 」) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病
--

次のようなことがありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 顔が化膿しやすい <input type="checkbox"/> じんましんがしやすい <input type="checkbox"/> 湿疹がしやすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏(薬品名：) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 麻酔がききにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> 薬アレルギー(薬品名：) <input type="checkbox"/> 食品アレルギー() <input type="checkbox"/> その他()
--

現在飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿の薬 <input type="checkbox"/> その他() お薬手帳を持っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--

以前に歯を抜いたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい →その時異常はありましたか？ → <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 抜いたことがない <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他()

血圧の状態は？ <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高： 最低：

ご家族でお子様はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 『 歳』 『 歳』 『 歳』 『 歳』 『 歳』
--

