

# 健康記録 (Health History)

Japanese

氏名: \_\_\_\_\_ ソーシャル・セキュリティ番号: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_

## I. 適当な項目を丸で囲んでください (不明であれば空欄のままでも結構です。):

- はい いいえ 体調は良好ですか?
- はい いいえ 過去一年以内に健康の変化がありましたか?
- はい いいえ 過去三年以内に入院または重病の経験がありますか?  
入院の理由または病名: \_\_\_\_\_
- はい いいえ 現在医師に掛かっていますか? 理由? \_\_\_\_\_  
ごく最近の健康診断はいつでしたか? \_\_\_\_\_ 最後の歯科診療の日付 \_\_\_\_\_
- はい いいえ 以前歯科治療で問題が起こったことがありますか?
- はい いいえ 今、痛みますか?

## II. 下記の経験がありますか:

- |        |     |               |        |     |          |
|--------|-----|---------------|--------|-----|----------|
| 7. はい  | いいえ | 胸痛 (狭心症)      | 18. はい | いいえ | 目眩       |
| 8. はい  | いいえ | 足首のむくみ        | 19. はい | いいえ | 耳鳴り      |
| 9. はい  | いいえ | 息切れ           | 20. はい | いいえ | 頭痛       |
| 10. はい | いいえ | 急な体重の減少、発熱、寝汗 | 21. はい | いいえ | 気絶発作     |
| 11. はい | いいえ | しつこい咳、咯血      | 22. はい | いいえ | かすみ目     |
| 12. はい | いいえ | 異常な出血、あざがでやすい | 23. はい | いいえ | ひきつけ     |
| 13. はい | いいえ | 副鼻腔障害         | 24. はい | いいえ | 異常なのどの乾き |
| 14. はい | いいえ | 嚥下困難          | 25. はい | いいえ | 頻尿       |
| 15. はい | いいえ | 下痢、便秘、血便      | 26. はい | いいえ | 口内乾燥     |
| 16. はい | いいえ | 頻繁な嘔吐、吐き気     | 27. はい | いいえ | 黄疸       |
| 17. はい | いいえ | 排尿しにくい、血尿     | 28. はい | いいえ | 関節痛、硬化   |

## III. 現在下記の痛気、症状をお持ちですか、または過去に経験がありますか:

- |        |     |                      |        |     |            |
|--------|-----|----------------------|--------|-----|------------|
| 29. はい | いいえ | 心臓病                  | 40. はい | いいえ | エイズまたは関連障害 |
| 30. はい | いいえ | 心臓麻痺、心臓欠陥            | 41. はい | いいえ | 腫瘍、癌       |
| 31. はい | いいえ | 心雑音                  | 42. はい | いいえ | 関節炎、リウマチ   |
| 32. はい | いいえ | リウマチ熱                | 43. はい | いいえ | 目の病気       |
| 33. はい | いいえ | 脳卒中、動脈硬化             | 44. はい | いいえ | 皮膚病        |
| 34. はい | いいえ | 高血圧                  | 45. はい | いいえ | 貧血         |
| 35. はい | いいえ | 肺結核、肺気腫、その他の肺病       | 46. はい | いいえ | 性病 (梅毒、淋病) |
| 36. はい | いいえ | 肝炎、その他の肝臓病           | 47. はい | いいえ | 疱疹ヘルペス     |
| 37. はい | いいえ | 胃の病気、潰瘍              | 48. はい | いいえ | 腎臓病、膀胱疾患   |
| 38. はい | いいえ | アレルギー: 薬品、食品、内服薬、ゴム類 | 49. はい | いいえ | 甲状腺、副腎病    |
| 39. はい | いいえ | 家族内に糖尿病、心臓病、または腫瘍    | 50. はい | いいえ | 糖尿病        |

## IV. 現在下記をお持ちですか? または経験がありますか:

- |        |     |       |        |     |          |
|--------|-----|-------|--------|-----|----------|
| 51. はい | いいえ | 精神病治療 | 56. はい | いいえ | 入院       |
| 52. はい | いいえ | 放射線治療 | 57. はい | いいえ | 輸血       |
| 53. はい | いいえ | 化学療法  | 58. はい | いいえ | 手術       |
| 54. はい | いいえ | 人工心臓弁 | 59. はい | いいえ | ペースメーカー  |
| 55. はい | いいえ | 人工関節  | 60. はい | いいえ | コンタクトレンズ |

## V. 現在下記を使用または飲用していますか:

- |        |     |                                     |        |     |         |
|--------|-----|-------------------------------------|--------|-----|---------|
| 61. はい | いいえ | 麻薬、覚醒剤等薬物                           | 63. はい | いいえ | たばこ製品   |
| 62. はい | いいえ | 医薬品 (アスピリン等も含む)<br>何を使用または内服していますか? | 64. はい | いいえ | 酒等アルコール |

列記してください: \_\_\_\_\_

## VI. 女性のみお答えください:

65. はい いいえ 妊娠中や授乳中であつたり、またはその可能性がありますか? 66. はい いいえ 避妊薬を飲んでいませんか?

## VII. 全員:

67. はい いいえ 上記以外の病気や障害をお持ちですか? または経験がありますか?

ご説明ください: \_\_\_\_\_

私の知る限りにおいて、各質問に目を通し、正確に答えました。健康状態や投薬の変化、変更は直ちに報告します。

署名: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

## 再診時の確認:

1. 署名 \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

2. 署名 \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

3. 署名 \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_