

健康調査票

安心して受診していただくため、質問への回答をお願いしています。なお、個人情報 は 厳重に管理いたします。  
ただし、他医院へ紹介する場合は情報を共有することとなりますのでご了承ください。  
書けるところからご記入ください。（太枠を中心に）

記入日： 年 月 日

|            |        |       |             |       |
|------------|--------|-------|-------------|-------|
| 住 所        |        |       | 電話番号        | ( ) - |
| ふりがな       |        | 男 ・ 女 | 生年月日        | 年 月 日 |
| 患者氏名       |        |       | (満 歳 カ月)    |       |
| 主に付き添う方の氏名 | 続柄：    |       | 電話番号        | ( ) - |
| 病名・障害名     |        |       | 手帳の種類<br>等級 | ・ 級   |
| かかりつけ医     | 医療機関名： |       | 主治医：        |       |

| 質 問 事 項                        | 回 答 欄                       | 歯科医師等記入欄 |
|--------------------------------|-----------------------------|----------|
| 1 いつ頃からどんな症状（問題）がありますか         | いつ頃から：<br>症状（問題）：           |          |
| ○ 現在、痛みはありますか                  | ・ はい ・ いいえ                  |          |
| 2 ご本人の状態について                   |                             |          |
| ○ 姿勢は保てますか                     | ・ 1人で立てる ・ 座れるが立てない ・ 座れない  |          |
| ○ 移動はできますか                     | ・ 1人で歩ける ・ 補助があれば歩ける ・ 寝たきり |          |
| ○ 治療の説明を理解でき、同意できますか           | ・ はい ・ いいえ                  |          |
| 3 特に伝えておきたいこと、心配なことがあればご記入ください |                             |          |
| 例）普段からむせやすい 音が苦手等              |                             |          |
| また、好きなキャラクター、音楽等があればご記入ください。   |                             |          |
| 4 既往歴などについて                    |                             |          |
| ○ これまでに病気にかかったことがありますか         | ・ はい ・ いいえ                  |          |
| 病名：先天性心疾患・高血圧症・狭心症・糖尿病・その他（ ）  |                             |          |
| ○ 入院または手術をしたことがありますか           | ・ はい ・ いいえ                  |          |
| 具体的に：                          |                             |          |
| ○ 血が止まりにくかったことがありますか           | ・ はい ・ いいえ                  |          |
| ○ 現在、継続して飲んでいる薬はありますか          | ・ はい ・ いいえ                  |          |
| 薬の名前：                          |                             |          |
| ○ 薬や食べ物でアレルギーはありますか            | ・ はい ・ いいえ                  |          |
| 具体的に：                          |                             |          |
| ○ てんかん発作を起こしたことがありますか          | ・ はい ・ いいえ                  |          |
| 何歳頃：                           |                             |          |

\* よろしければ裏面もご記入ください。

