

# 健康調査票

あなたの健康状態を知り、安全な治療を行なうための参考にさせていただきます。ありのままをお書き下さい。なお、この調査内容の秘密は厳守します。

記入日 平成 年 月 日

患者氏名： 性別：男・女 生年月日：大・昭・平 年 月 日（才月）

疾患名等を下表に記入してください。

疾患・障害名	
手帳の種類	身体障害者手帳 : 1級 2級 3級 4級 5級 6級
	療育手帳（東京都・その他） : 1度 2度 3度 4度 ・ A-1 A-2 B-1 B-2
	精神障害者保健福祉手帳 : 1級 2級 3級
	手帳なし・申請中

## 1 当センターをどのように知りましたか

- ・ 医科または歯科からの紹介 ・ 知人からの紹介 ・ ホームページ
- ・ その他の広報（ ）

## 2 既往症などについて

入院または手術をしたことがありますか はい・いいえ  
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、飲んでいる薬はありますか はい・いいえ  
薬の名前を書いて下さい。（ ）

薬や食べ物でアレルギーはありますか はい・いいえ  
胸が痛くなることがありますか はい・いいえ  
めまいや立ちくらみを起こすことがありますか はい・いいえ  
てんかん発作を起こしたことがありますか はい・いいえ  
かかりつけ医はありますか

主治医名： 病院 科 先生  
電話：（ ）

## 3 次の病気にかかったことがありますか。あれば で囲んで下さい

- ・ 先天性心疾患 ・ 高血圧症 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 心筋症 ・ リウマチ
- ・ 喘息 ・ 肝臓病 ・ 肝炎 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺機能異常 ・ 血液疾患
- ・ 脳出血や脳梗塞 ・ パーキンソン病 ・ 骨粗鬆症

その他、今までにかかった病気があれば書いて下さい。（ ）

4 現在、問題になっていることは何ですか

- ・むし歯 ・歯周病 ・歯並びの異常 ・かみ合わせの異常 ・物がうまく食べられない
  - ・言葉がうまく話せない ・その他 (.....)
- その問題は・いつ頃からですか ( ・ 日前 ・ 週間前 ・ ヶ月前 ・ 年前 )
- 現在は、どうですか ( ・ 痛みがある ・ 腫れている ・ 気になる ・ その他..... )
- 当センターでの歯科診療に際して特に希望することがあれば記載してください。
- (.....)

5 今までに歯科治療を受けたことがありますか

- 一番最近はいつ頃ですか ( 年 月頃 )
- どこで受けましたか ( ・ 開業医 ・ 地区のセンター ・ 病院 ・ 訪問診療 )
- どのような治療でしたか ( ・ 診査のみ ・ 予防指導 ・ 虫歯の治療 ・ 歯肉の治療 ・ 歯を抜いた ・  
・ 入れ歯 ・ その他 (.....) )
- 治療中の状況はどうでしたか
- ・ 問題なかった
  - ・ 問題があった ( 具体的にお書き下さい ) .....

6 障害に関して(コミュニケーションについて)

- どのような障害がありますか？
- 1 理解力 2 発音能力 3 運動機能 4 視覚 5 聴覚 6 その他 (.....)
- 理解の程度について
- 1 ほとんど認められない 2 的確でない反応あり 3 どうか指示に応じた反応が可能  
4 指示理解は可能だが多少問題あり 5 指示は良く聞く
- 表現方法について
- 1 まったく発音なし 2 発声のみ 3 単語のみ 4 二,三語文 5 発音が不明瞭  
6 ほとんど問題なし
- 日常生活で問題となることはありますか
- 1 歯磨き 2 爪きり 3 耳かき 4 散髪 5 食事 6 睡眠  
7 ほとんど問題なし 8 その他 (.....)

7 ご希望の受診日

曜 日：	・月曜日	・火曜日	・水曜日	・木曜日	・金曜日
時間帯：	・午前	・午後	・何時でも可	希望に	印を付けてください。

記入者のお名前：.....患者さんとの関係：.....