

全身問診票

カルテNO

氏名

日付 月 日()

歯科治療において全身のことを把握することは重要なことである
 わかる範囲で結構ですので正確にお書きください

■当てはまるところに○印をしてください

- 栄養状態 (良好・普通・不良)
- 食欲 (良好・普通・不良)
- 睡眠状態 (良好・普通・不良)
- 疲労感 (良好・普通・不良)

■現在かかっている病気、過去にかかったことのある病気がありましたら○印で記入してください

- | | | | | |
|------|------|--------|---------|-------|
| 高血圧 | 低血圧 | 貧血 | リウマチ | アレルギー |
| ぜんそく | 神経痛 | てんかん | 自律神経失調症 | 神経症 |
| うつ病 | 心身症 | 肝臓疾患 | 心臓疾患 | 肺疾患 |
| 胃腸疾患 | 耳鼻疾患 | 眼疾患 | 皮膚疾患 | 筋肉疾患 |
| 関節疾患 | 結核 | ちくのう症 | 内分泌系疾患 | 血液系疾患 |
| 糖尿病 | 骨粗鬆症 | その他() | | |

■最近あるいは現在、あてはまる症状がありましたら○印で記入してください

- | | | | | |
|-------|-------|-------|------|------|
| 頭痛 | 首の痛み | 顎の痛み | 耳の痛み | 眼の痛み |
| のどの痛み | 胸部の痛み | 腕のしびれ | 歯の痛み | 舌の痛み |
| 耳鳴り | 難聴 | 眼疲労 | めまい | 悪心 |
| はきけ | 呼吸困難 | | | |

■現在、服用されている薬剤がありますか。

- | | | | |
|----|----|------|-----------|
| ない | ある | 薬品名 | |
| | | 使用期間 | 常用
非常用 |

■今までに注射や薬で異常がおこったことがありますか

- | | | |
|----|----|-----|
| ない | ある | 薬品名 |
| | | 症状 |

■喫煙されますか

- しない する (本/日) 過去にある(年前まで)

■ご家族に関節リウマチ、代謝性疾患、骨疾患の方がいらっしゃいますか？

- いない いる

■その他全身的な疾患や特別なこと(妊娠など)ありましたらお書きください。
