

医療履歴

患者の氏名 _____ 呼び名 _____ 年齢 _____
医師の名前と専門分野 _____
直近の検診 _____ 目的 _____
あなたの一般的健康状態は、次のどれに該当しますか？ 極めて良い 良い 普通 悪い

以下のことを経験中ですか、または経験したことがありますか： はい いいえ

1. 病気または怪我による入院 _____
2. 次の薬剤に対するアレルギー反応
アスピリン、イブプロフェン、アセタミノフェン、コデイン
ペニシリン
エリスロマイシン
テトラサイクリン
サルファ剤
局所麻酔薬
フッ化物
金属（ニッケル、金、銀など、_____）
ラテックス
その他 _____
3. 過去6か月以内の心臓疾患または心臓ステントの使用 _____
4. 感染性心内膜炎 _____
5. 人工心臓弁、治療済み心臓欠陥（PFO） _____
6. ペースメーカーまたは植え込み型除細動器 _____
7. 人工器官（関節置換） _____
8. リウマチ熱または猩紅熱 _____
9. 高血圧または低血圧 _____
10. 脳卒中（抗凝血剤を服用中） _____
11. 貧血症またはその他の血液疾患 _____
12. 小切り傷に起因する持続出血（INR>3.5） _____
13. 気腫、息切れ、サルコイドーシス _____
14. 結核、麻疹、水疱瘡 _____
15. 喘息 _____
16. 呼吸器障害または睡眠障害（睡眠時無呼吸、いびき、蓄膿など） _____
17. 腎臓病 _____
18. 肝臓病 _____
19. 黄疸 _____
20. 甲状腺、副甲状腺の疾患またはカルシウム欠乏症 _____
21. ホルモン欠乏症 _____
22. 高コレステロールまたはスタチン系薬剤の服用 _____
23. 糖尿病（HbA1c = _____） _____
24. 胃潰瘍または十二指腸潰瘍 _____
25. 消化器疾患（セリアック病、胃内逆流など） _____
26. 骨粗鬆症/骨減少症（ビスフォスフォネートの服用など） _____

27. 関節炎 _____
28. 自己免疫疾患 _____
(リウマチ性関節炎、狼瘡、強皮症など)
29. 緑内障 _____
30. コンタクトレンズ着用 _____
31. 頭部または頸部の損傷 _____
32. てんかん、けいれん（発作） _____
33. 神経性障害（ADD/ADHD、プリオン病） _____
34. ウイルス感染およびヘルペス _____
35. 口腔内のしこりまたは腫れ _____
36. 蕁麻疹、皮膚発疹、花粉症 _____
37. STI/STD/HPV _____
38. 肝炎（タイプ _____） _____
39. HIV/エイズ _____
40. 腫瘍、異常増殖 _____
41. 放射線治療 _____
42. 化学療法、免疫抑制剤の投与 _____
43. 情緒障害 _____
44. 精神病治療 _____
45. 抗鬱剤の投与 _____
46. アルコール/市販の医薬品の利用 _____

あなたは、次のいずれかに該当しますか：

47. 現在、他の疾患の治療中 _____
48. 過去24時間の自分の健康状態の変化に気づいている
(熱、悪寒、咳、下痢など) _____
49. 体重管理のために薬剤を服用中 _____
50. サプリメントを摂取 _____
51. 過度に疲れる、または疲れやすい _____
52. 頻繁に頭痛を経験 _____
53. 喫煙者、過去に喫煙していた、または無煙タバコを利用している _____
54. 気難しい/過敏だと思われる _____
55. 頻繁に不快感または鬱を感じる _____
56. 女性のみ - 経口避妊薬を服用している _____
57. 女性のみ - 妊娠中 _____
58. 男性のみ - 前立腺障害 _____

あなたが現在受けている治療、予定している手術、先天性異常/発育障害、または歯科治療に影響しそうな他の治療すべてを説明してください。
(ボトックス、コラーゲン注射など)

過去2年以内に摂取したすべての薬剤、サプリメント、ビタミン類などをすべて一覧表示してください。

薬剤	目的	薬剤	目的
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

将来、あなたの医療履歴または薬剤投与に何らかの変化があった場合は、私どもにお知らせください。

患者の署名 _____ 日付 _____
医師の署名 _____ 日付 _____