

内科・歯科・和合健康ドック共通問診票

ご予約日：平成 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日		昭和 平成 (西暦 年) 歳 ※和暦・西暦両方ご記入ください。		年 月 日
ご住所	〒 -		性別	男・女	血液型 A・B・O・AB Rh-・+
お電話番号	ご自宅 携帯		FAX 番号		
身長	cm	体重	kg	ご職業	婚姻 既婚・未婚
メールアドレス	Mail: _____ @ _____ ※ご予約日前日のメール配信 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※医療法人社団癒合会及び国際和合医療学会の情報配信 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
ご来院の きっかけ	<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (紹介者氏名: _____) <input type="checkbox"/> セミナー (セミナー名: _____) <input type="checkbox"/> WEB サイト (HP・facebook・ブログ・お医者さん.jp) <input type="checkbox"/> その他 (_____)				

当院では西洋医療と東洋医療、内科と歯科を分け隔てることなく診ていく和合医療を行っております。
 患者様の症状の根本原因を探る為、内科・歯科の両方の質問を準備させて頂いております。
 お手数ではございますがすべての質問にご回答をお願い申し上げます。

- ① 現在飲んでいるお薬を教えてください。

- ② 今までお薬を飲んで何か反応や症状が出たことはありますか？

- ③ 現在あなたが一番つらい症状は何ですか？ (出来るだけ詳しくご記入ください)

- ④ 今までに大きな病気にかかったことはありますか？ある方は、いつ・どんな病気かご記入ください。

- ⑤ 今までに感染症にかかったことはありますか？ある方は以下にチェック、またはご記入ください。
 B型肝炎 C型肝炎 エイズ その他 _____
- ⑥ 今回はどのような検査・治療をご希望でしょうか？ (チェック、またはご記入ください)
 遺伝子検査 全身疾患を治したい ノンメタル歯科治療をしたい
 新しい義歯を入れたい 口腔内と全身の検査をしたい 口腔内のケアをしたい
 インプラントを入れたい その他 _____

裏面もございます。

⑦ 歯を抜いた経験はありますか？

はい いいえ

はいと答えられた方は、いつ抜かれましたか？ _____

歯を抜いた時に異常はありましたか？ いいえ はい (どんな症状ですか？ _____)

麻酔をした時に異常はありましたか？ いいえ はい (どんな症状ですか？ _____)

⑧ 歯科治療の際、怖いと感じたことはありますか？

ある ある方は、どんな時に怖いと感じますか？ _____

ない

⑨ 口腔内にどこか痛む場所がありますか？ ある ない

あると答えられた方は下記にもご記入、または○をお願い致します。

1. お痛みのある場所はどちらですか？ (右上・右下・左上・左下・前上・前下)
2. お痛みのある部位はどちらですか？ (歯・歯肉・頬・舌・唇・顎・顎の関節)
3. いつから痛みますか？ (今日・ _____ 日前から・ずっと前から・よく覚えていない)
4. 昨夜はどうでしたか？ (痛くなかった・眠れないくらい痛かった・痛かったが眠れた・薬を飲んだ)
5. どのように痛みますか？ (ズキズキ・痛んだり止んだり・キーンとする・噛むと痛い・チクチク)
6. 冷たい物はしみますか？ (はい・いいえ)
7. 熱い物はしみますか？ (はい・いいえ)

女性の方は下記の質問にもご回答ください (チェックまたはご記入をお願い致します)。

- ① 初潮は何歳ですか？ _____ 歳
- ② 閉経は何歳ですか？ _____ 歳
- ③ 月経は順調ですか？ 不規則 (_____ 日から _____ 日) 順調 (_____ 日型)
- ④ 最終月経はいつですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
- ⑤ 月経の量 普通 多い 少ない
- ⑥ 生理痛はありますか？ いいえ はい
- ⑦ 生理痛で何か薬は使いますか？ いいえ はい (薬の名前： _____)
- ⑧ 帯下 (おりもの) の量 普通 多い 少ない
- ⑨ 帯下 (おりもの) の色 薄い黄色 濃い黄色 白い 赤い
- ⑩ 不正出血はありますか？ いいえ はい (いつから・量： _____)
- ⑪ 結婚はされていますか？ いいえ はい (_____ 年前から)
- ⑫ 妊娠したことはありますか？ いいえ はい (_____ 回)
- ⑬ 流産したことはありますか？ いいえ はい (_____ 回)
- ⑭ 妊娠希望はありますか？ いいえ はい
- ⑮ お子さんはいらっしゃいますか？ いいえ はい (男女・年齢等： _____)
- ⑯ 妊娠・出産時に何か異常はありましたか？
 いいえ はい (具体的に教えてください： _____)
- ⑰ 現在、妊娠していますか？ いいえ はい 可能性がある

健康調査質問表

当クリニックでは咬合(かみあわせ)と全身との症状について精密な診査のもとに、治療を進めています。これはより良い治療を行うための重要な資料となります。以下の質問にお答え下さい。

〈 記入方法 〉

「やや目立つ」「目立つ」「極めて目立つ」の順に1、2、3に○をつけて下さい。

「やや目立つ」 1・・・それほど強くなく、時々みられる程度

「目立つ」 2・・・かなり強いが、よくみられる

「極めて目立つ」 3・・・非常にはげしいが、いつもみられる

症状のない時は0に○をつけて下さい。※裏面もご記入くださいませ。

平成 年 月 日

氏名	生年月日	才	男 女
----	------	---	----------

1. 顎が痛い・重苦しい 右	0	1	2	3
2. " 左	0	1	2	3
3. 口があかない	0	1	2	3
4. 顎が鳴る 右	0	1	2	3
5. " 左	0	1	2	3
6. 頭 痛前	0	1	2	3
7. " 後	0	1	2	3
8. " 右	0	1	2	3
9. " 左	0	1	2	3
10. 肩 こり 右	0	1	2	3
11. " 左	0	1	2	3
12. 首すじのこり 右	0	1	2	3
13. " 左	0	1	2	3
14. 腰痛・ぎっくり腰 右	0	1	2	3
15. 腰痛・ぎっくり腰 左	0	1	2	3
16. 背中の痛み 右	0	1	2	3
17. " 左	0	1	2	3

18. 手のしびれ・ふるえ 右	0	1	2	3
19. " 左	0	1	2	3
20. 歯 ぎしり	0	1	2	3
21. くいしばり	0	1	2	3
22. 寝起きが悪い	0	1	2	3
23. 不 眠	0	1	2	3
24. 目の下がピクピク	0	1	2	3
25. め まい	0	1	2	3
26. 乗り物酔い	0	1	2	3
27. 耳 鳴り 右	0	1	2	3
28. " 左	0	1	2	3
29. 難 聴 右	0	1	2	3
30. " 左	0	1	2	3
31. 鼻 づまり	0	1	2	3
32. 慢性鼻炎	0	1	2	3
33. 花粉症	0	1	2	3
34. アレルギー(薬・食物・金属)	0	1	2	3

裏面有り

35.嘔吐	0	1	2	3
36.咳がしやすい	0	1	2	3
37.痰がでる	0	1	2	3
38.咽がつまる	0	1	2	3
39.眼が痛い右	0	1	2	3
40. " 左	0	1	2	3
41.飛蚊症(ちかちか眼) 右	0	1	2	3
42. " 左	0	1	2	3
43.まぶしい	0	1	2	3
44.目がかわく	0	1	2	3
45.流涙(なみだが出る)	0	1	2	3
46.食欲不振	0	1	2	3
47.胃腸障害	0	1	2	3
48.腹部膨満感	0	1	2	3
49.腹痛	0	1	2	3
50.便秘	0	1	2	3
51.下痢	0	1	2	3
52.高血圧	0	1	2	3
53.低血圧	0	1	2	3
54.動悸	0	1	2	3
55.糖尿	0	1	2	3
56.頻尿	0	1	2	3
57.排尿困難	0	1	2	3
58.排尿痛	0	1	2	3
59.残尿感	0	1	2	3
60.むくみやすい	0	1	2	3

61.肌あれ	0	1	2	3
62.生理痛	0	1	2	3
63.生理不順	0	1	2	3
64.貧血	0	1	2	3
65.何となく不安である	0	1	2	3
66.集中できない	0	1	2	3
67.何もする気がない	0	1	2	3
68.イライラしやすい	0	1	2	3
69.口がかわく	0	1	2	3
70.夢が多くて困る	0	1	2	3
71.昼間眠い感じがする	0	1	2	3
72.手足が冷える右	0	1	2	3
73. " 左	0	1	2	3
74.疲れやすい	0	1	2	3
75.音に敏感である	0	1	2	3
76.気を失うことがある	0	1	2	3
77.性交渉の困難性	0	1	2	3
78.膝が痛む右	0	1	2	3
79. " 左	0	1	2	3
80.手足に汗をかく	0	1	2	3
81.舌の先・横が痛い	0	1	2	3
82.足の開き具合右	0	1	2	3
83. " 左	0	1	2	3
84.乳房のしこり	0	1	2	3
85.ペースメーカー 有・無 (どちらかに○をつけて下さい)				

アレルギー体質チェックシート

記入日： 年 月 氏名：

本日はご来院頂き有難う御座いました。

下記はアレルギーの体質を調べる為のチェックシートとなっております。

アレルギーの出る項目がございましたら、○をおつけ下さい。

部位	項目
被髪頭部	ヘアダイ () シャンプー () 育毛剤 () ヘアピン ()
顔面	化粧品：下地クリーム () 化粧水 () アイシャドー () 乳液 () パック剤 () マスカラ () ファンデーション () サンスクリーン剤 () 外用品 () メガネ ()
眼周囲	点眼薬 () 眼軟膏 () 花粉 () 手に付着したアレルゲン () ビューラー () 化粧品 ()
口唇 口周囲	口紅 () リップクリーム () 歯磨き粉 () マンゴー () 金属 ()
耳・耳介周囲	ピアス () 頭皮に使用したもの () 補聴器 () 眼鏡 ()
頭部	ネックレス () 聴診器 () ヘアケア用品 () 衣類洗剤 ()
手	接触したもの全て () 洗剤 () 手袋 () 職業性・美容師 () ・菓子職人 () ・パン屋 () ・機械工 () ・自動車修理工 ()
上肢	ブレスレット () 時計 () 洗剤 () 手袋 ()
足	靴下 () 靴 () 抗真菌薬 ()
下肢	消毒薬 () 外用薬 ()
体幹	下着 () ゴム () ベルトバックル () 下着金具 () 衣類洗剤 ()
腋窩	デオドラント () 香水 ()
陰部	コンドーム () 外用薬 () 避妊薬品 ()
日光アレルギー	有 / 無
その他(血液検証)	