

問診表 MEDICAL HISTORY FORM

/ /

姓/Surname:	名/First Name:	生年月日・年齢 / DOB・Age / / 才		
ご職業 Occupation:				
Doctor's (GPs) name & address:				
最後に治療した日/Date of last dental treatment:				
	Yes	No	詳細 Relevant Details	
妊娠 (女性) Are you Pregnant?				
医者、病院、クリニックまたは代替療法治療を受けていますか。 Are you attending or receiving treatment from a doctor, hospital, Clinic or alternative therapist?				
過去2年以内にお薬、錠剤、軟膏、注射または吸入薬を服用またはステロイドを使用していますか。詳細にご記入ください。 Are you taking any medicines, tablets, ointments, injections or Inhalers from your doctor or taken steroids in last two years?				
お薬、食べ物や素材、特にペニシリンのアレルギーはありますか。Do you have any allergy to any medicines, foods or materials and in particular penicillin?				
リウマチ熱、黄疸、肝臓病、腎臓病または肝炎にかかったことがありますか。 Have you had rheumatic fever, jaundice, liver, kidney disease or hepatitis?				
心臓、扁桃炎、血圧に問題があると言われたことがある。または心臓麻痺、心臓発作をしたことがありますか。 Have you been told you have heart or angina or blood pressure problems or had a heart attack or stroke?				
ヤコブ病の診断または疑い、HIV陽性になったことはありますか。 Have you ever been diagnosed or suspected as having V CJD or being HIV positive?				
輸血機関から献血を拒否されたことはありますか。 Have you ever had blood refused by the Blood Transfusion Service?				
局所麻酔または全身麻酔で副作用があったことはありますか。 Have you had any reaction to local or general anaesthetic?				
人工関節置換術または移植をしたことがありますか。Have you had joint replacement or any other implant?				
入院したことがありますか。なぜ、いつ頃ですか。Have you been hospitalized? If yes, for what and when?				
あなたは健康だと思いますか。いいえの方は、詳細をお聞かせください。 Do you believe you are in good health? If no, please give details.				
関節炎はありますか。Do you have arthritis?				

	Yes	No	詳細 Relevant Details
ペースメーカーをお持ちですか。または心臓手術をしたことはありますか。 Do you have a pacemaker or have you had any form of heart surgery?			
花粉症、湿疹または何かアレルギーを患っていますか。はいの場合、詳細に明記ください。 Do you suffer from hay fever, eczema or any other allergy? (if so please specify)			
気管支炎、喘息または他に肺の異常はありますか。 Do you suffer from bronchitis, asthma or other chest conditions?			
失神発作、記憶喪失や癲癇はありますか。 Have you had fainting attacks, blackouts or epilepsy?			
糖尿病はありますか。ご家族で糖尿病の方はいますか。 Do you have diabetes or does anyone in your close family has diabetes?			
他に知らせるべき健康状況はありますか。 Do you have any other medical condition we should know?			
ウォーニングカードをお持ちですか。 Do you carry a warning card?			
口唇ヘルペスになったことはありますか。はいの方は、どのくらいの頻度ですか。 Do you ever get cold sores and if yes, how often?			
普段頭痛、首、肩または耳に痛みはありますか。 Do you suffer from regular headaches or pain in the neck, shoulder or ear?			
口を開けたり閉じたりする時に、何か制限や問題点、痛みはありますか。 Have you had any restriction ,difficulty or pain when opening or closing your mouth?			
顎の関節がパキッと鳴りますか。 Do you suffer from clicking or popping sound from your jaw joints?			
Did you ever experience excessive bleeding after tooth extraction or injury? 抜歯や怪我の後に過度な出血をしたことはありますか。			
喫煙しますか。はいの方は、一日にどのくらい吸いますか。 Do you smoke? If yes, approx. how many a day?			
飲酒しますか。はいの方は、週にどのくらい飲みますか。 Do you drink alcohol? If yes how many units/week?			

笑顔について Dental History	Yes	No	詳細 Relevant Details
Do you have any problem with your teeth at the moment? 現在歯に何か問題はありますか。			
Are you interested to have information about how to improve the appearance of your teeth? 歯の外見の向上について（歯の色や形の審美）の情報に興味はありますか。			
Would you like to have whitening treatment? ホワイトニングをしたいと思いませんか。			

病歴のご変更がございましたらお知らせください。 Please inform us of any changes to your medical history.

ご記入者/ご本人様・ご両親・保護者（丸で囲んでください）
Completed by Self / Parent / Guardian (please circle)

ご署名/Signature:

日付/Date: