

健康調査票

歯科人間ドックを受けられる方へ

この調査票は歯科人間ドックを安心してお受けいただくために必要な情報です。

記載内容は関係者以外の目に触れることはありませんので正確にご記入ください。

診察の参考になりますので現在状況についてお聞きいたします。「はい」あるいは「いいえ」でお答えください。ご記入中、ご不明な点がございましたら、担当者にお尋ねください。

ふりがな

お名前 _____ 男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

ご自宅の住所 〒 _____

電話 _____

ご連絡先の電話(昼間連絡が取れるところ。現住所と異なるとき) _____

ご職業【差支えがなければ】 _____

身長 _____ cm

体重 _____ kg

血圧 _____ / _____ mmHg

脈拍 _____ 回/分

歯科人間ドックを受診するのは初めてですか (はい・いいえ→ _____ 回目)

最後に歯科治療を受けた日 (〜か月前、〜年前など) _____

歯磨きの仕方について指導を受けたことがある (はい・いいえ)

喫煙されていますか (はい _____ 本/日 喫煙歴 _____ 年・いいえ 禁煙 _____ 年・経験なし)

お酒を飲みますか (はい _____ 日/週 種類 _____ 量 _____ 飲酒年数 _____ 年・いいえ)

現在医師から処方されている薬などがありますか (はい・いいえ)

(薬品名: _____)

間食の頻度 _____ 回

食事の回数 _____ 回 偏食 _____ 回 嗜好: 甘め・辛め

歯磨き回数 _____ 回 口腔清掃用具の使用 _____

今までに次の病気にかかったことがある方は、該当するものを○で囲み、また、おわかりのことを具体的に記載してください。

脳血管系の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
心臓の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
呼吸器系の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
喘息	0 はい	1 いいえ	何歳まで_____
鼻の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
蓄膿症	0 はい	1 いいえ	病名_____
甲状腺の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
消化器(胃腸)の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
泌尿器(腎臓含む)の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
自己免疫疾患	0 はい	1 いいえ	病名_____
リウマチ	0 はい	1 いいえ	病名_____
アトピー	0 はい	1 いいえ	何歳まで_____
結核	0 はい	1 いいえ	何歳時_____
肝臓の病気(肝炎)	0 はい	1 いいえ	病名_____
腎臓の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
糖尿病	0 はい	1 いいえ	病名_____
性感染症	0 はい	1 いいえ	病名_____
血圧の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
血液の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
アレルギー	0 はい	1 いいえ	病名_____
皮膚の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
口唇ヘルペス	0 はい	1 いいえ	病名_____
神経系の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
精神系の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____
顔面や頭部の外傷	0 はい	1 いいえ	病名_____
腫瘍など	0 はい	1 いいえ	病名_____
その他の病気	0 はい	1 いいえ	病名_____

現在のお口やお口に関連した身体の状態についてお聞きします。
心当たりのある方は、○印で囲んでください。

5 kg 以上の体重減少が3か月以内で生じた	0 はい	1 いいえ
疲れやすい	0 はい	1 いいえ
気力や集中力がない	0 はい	1 いいえ
昼間に眠くなる	0 はい	1 いいえ
眠りが浅い	0 はい	1 いいえ

新しい歯科人間ドックとは

眠れない	0 はい	1 いいえ
朝、起きにくい	0 はい	1 いいえ
ほてりを感じる	0 はい	1 いいえ
手や足が冷える	0 はい	1 いいえ
朝起きると顔や体がこわばる	0 はい	1 いいえ
しびれや感覚の鈍いところがある	0 はい	1 いいえ
頭痛がある	0 はい	1 いいえ
頭が重い	0 はい	1 いいえ
目が疲れる	0 はい	1 いいえ
めまいがする	0 はい	1 いいえ
鼻づまり	0 はい	1 いいえ
食事のスピードが速い	0 はい	1 いいえ
のどがつかえる感じがする	0 はい	1 いいえ
胸がつかえる感じがする	0 はい	1 いいえ
咳がよくでる	0 はい	1 いいえ
歯がしみる	0 はい	1 いいえ
咬むと痛い	0 はい	1 いいえ
歯の色が気になる	0 はい	1 いいえ
歯がグラグラする	0 はい	1 いいえ
歯肉(歯ぐき)から出血する	0 はい	1 いいえ
歯肉(歯ぐき)が腫れている	0 はい	1 いいえ
歯肉(歯ぐき)が痛い	0 はい	1 いいえ
口が乾燥する	0 はい	1 いいえ
口臭が気になる	0 はい	1 いいえ
舌や歯肉(歯ぐき)の色が気になる	0 はい	1 いいえ
舌や歯肉(歯ぐき)にヒリヒリするところがある	0 はい	1 いいえ
口内炎ができやすい	0 はい	1 いいえ
口の中にできものがある	0 はい	1 いいえ
よくかめない	0 はい	1 いいえ
どこでかめば良いかわからない	0 はい	1 いいえ
口が開きにくい	0 はい	1 いいえ
かみ合わせの高さが気になる	0 はい	1 いいえ
歯をかみしめていることがある	0 はい	1 いいえ
歯ぎしりを自覚したり指摘されたことがある	0 はい	1 いいえ
歯並びが気になる	0 はい	1 いいえ

その他、お口の中で気になることがある方は記入してください。

ご家族(両親・兄弟・子ども)や身近な人に今まで大きな病気にかかった人がいらっしゃる場合は間柄と病名をご記入ください。

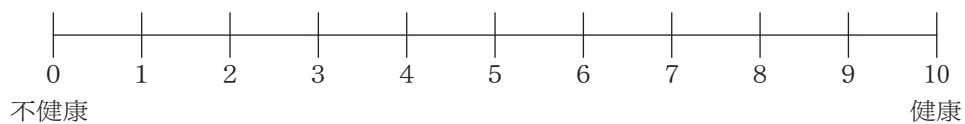
間 柄 _____ 病 名 _____

現在、他の病院に通院していますか (はい・いいえ)

(病院名: _____ 何科: _____ 担当医: _____)

現在、妊娠中もしくは可能性はありますか (はい・いいえ)

ご自分のお口の中の健康度は10点満点で何点ですか？



私 _____ は歯科人間ドックの受診に同意します。

平成 年 月 日

ご協力ありがとうございました。