

Medical History Questionnaire 健康状態に関する質問

Certain medical conditions can affect dental treatment and vice versa. **All details will be strictly confidential.** ある種の病状は歯科治療に影響します、又その反対の場合もあります。記載された内容についての秘密は厳守いたします。

Surname (Dr/Mr/Mrs/Mst/Miss/Ms) 姓..... Date of Birth 生年月日.....
 First name 名..... Last visit to dentist 最後の歯科治療日.....
 Address 住所.....
 Tel no. (mobile) 携帯番号.....
 Tel no. (home/business) 電話番号(自宅/会社)..... Email

Company (被保険者)会社名..... Occupation 職業.....

Recommended by 当歯科医院を誰から(何処で)聞きましたか。: **Friends/Colleague/Family/Web/News digest/ジャーニー / UK 生活 / etc**

Insurance 歯科治療は保険・会社などでカバーされますか。: **Yes / No** 帰国予定 あり(一時:本帰国) / / : なし

If yes, please specify 加入の方は保険会社名: **AETNA, AIU, ARIA, Bupa, Prestige etc.....** UK 永住者: **Yes / No**

Are you:	Yes	No	Details 詳細(病名・薬名 記入必須)
Receiving medical or hospital treatment? 現在 通院中もしくは病院で治療中ですか。			
Taking any tablets, medicines or any other substances? 現在服用中の薬はありますか。			
Allergic to any tablets, medicines, food or any other substances, e.g. Penicillin/Latex (rubber)? 薬、食べ物、その他の物にアレルギーはありますか。(ペニシリン、ゴム等)			
Taking or have you taken steroids in the last 2 years? 過去2年間にステロイドを使用しましたか。			
Pregnant or breastfeeding? (女性の方のみ) 現在妊娠していますか。 又は授乳中ですか。			How many month? :
Have you:			
Had rheumatic fever, a heart murmur or any other problem with your heart? 過去にリュウマチ熱、リュウマチ性心疾患又は他の心疾患にかかったことがありますか。			
Ever had raised blood pressure, angina, heart attack or thrombosis, e.g. C.V.A., D.V.T. 現在又は過去に高血圧 狭心症 心臓発作 心筋梗塞 血栓症にかかったことがありますか。			
Any chest problems, e.g. asthma/bronchitis or tuberculosis? 呼吸系の疾患、喘息、気管支炎、結核などにかかったことがありますか。			
Had hepatitis, jaundice, liver or kidney disease? 肝炎 黄疸 肝臓疾患 腎臓疾患にかかったことがありますか。			
Ever been diagnosed with HIV? HIV と診断された事がありますか。			
Ever had an operation or illness treated in hospital? 過去に入院又は手術を受けた事がありますか。			
Been diagnosed with epilepsy? 過去にてんかんの症状がでた事がありますか。			
Been diagnosed with diabetes? 糖尿病と診断された事がありますか。			
Ever had prolonged bleeding following a tooth extraction or other surgery? 抜歯又は他の手術後に出血が止まりにくいことがありましたか。			
Ever had a problem with a local or general anaesthetic? 歯科麻酔又は全身麻酔などで異常がありましたか。			
A close relative with Creutzfeldt Jakob Disease (CJD) 親族で誰かクロイツフェルトヤコブ病にかかった人がいますか。			
Ever in the past or do you smoke? How many per day? 以前又は現在タバコを吸いますか。(一日何本)			
Any other problems that may be relevant? 何か他の病気、症状がありますか。			
Do you want to have a dental examination as well? 症状のある歯以外のチェック (お口全体) も希望されますか?			

Patient signature 患者署名

--	--

Dentist signature

歯科医師署名

--