

**NEW**

**NEW PATIENT - MEDICAL HISTORY FORM 既往歴 (英語でご記入ください)**

Name \_\_\_\_\_ Date 日付 \_\_\_\_\_  
Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_

Name of physician 内科医名 \_\_\_\_\_ Phone 内科医電話番号 \_\_\_\_\_

How did you hear of our office? この病院を何で知りましたか? 紹介者、紹介誌名 \_\_\_\_\_

Please list any surgeries/serious illnesses that you have had in the past 5 years.  
過去5年間にかった重い病気、受けた手術を書いてください。  
\_\_\_\_\_

Are you currently under the care of a physician? 現在、医師の治療を受けていますか? Yes No  
For what? 何の治療ですか? \_\_\_\_\_

Medications that you are currently taking, including herbal remedies. 現在、服用している薬を書いてください (漢方薬も含む)  
\_\_\_\_\_

Date of your last dental exam 歯科検診日 \_\_\_\_\_ Date of last dental x-rays 歯科レントゲン撮影日 \_\_\_\_\_

- Are your teeth sensitive to hot, cold, sweets, or pressure? 熱い物や、冷たい物、甘い物、噛んだときにしみますか? Yes No
- Do you wear a Night Guard? 就寝時にナイトガード (マウスピース) をつけていますか? Yes No
- Have you ever had orthodontic treatment (braces)? 歯列矯正治療を受けたことがありますか? Yes No
- Gums bleed when brushed? 歯を磨くとき、歯ぐきから出血することがありますか? Yes No
- Have you been told you have periodontal disease? 歯周病と診断されたことがありますか? Yes No
- Do you use tobacco? 喫煙しますか? Yes No

Is there anything about your smile that you do not like? (color, shape, gummy smile, straightness, function, etc.)  
ご自分の歯で気に入らないところがありますか? (例えば、色、形、隙間、歯並び、かみ合わせなど)

Have you ever had or do you presently have: 以下の症状で、現在、又は過去にかかったことがあるものをチェックしてください。

Sleep Apnea 睡眠時無呼吸	Yes No	Snoring いびきをかく	Yes No
Heart Attack 心臓発作	Yes No	Excessive Daytime Sleepiness 日中の極端な眠気	Yes No
Heart Surgery 心臓手術	Yes No	Drug Addiction 薬物中毒	Yes No
Hart Pacemaker ペースメーカー	Yes No	Bleeding Problems 出血異常	Yes No
Heart Disease 心臓障害	Yes No	Burse Easily あざがでやすい	Yes No
Artificial Heart Valve 人工心臓弁	Yes No	Tuberculosis 結核	Yes No
Artificial Joints 人工関節(ひざ・腰・ひじ・他)	Yes No	Epilepsy or seizures てんかん、発作	Yes No
Date if replacement いつからですか		Glaucoma 緑内障	Yes No
Heart Murmur 心雑音	Yes No	Blood Thinners 血液希釈剤	Yes No
Congenital Heart Defect 先天性心臓疾患	Yes No	Rheumatic Fever リュウマチ熱	Yes No
Mitral Valve Prolapse 弁膜異常	Yes No	Cancer 癌	Yes No
High Blood Pressure 高血圧	Yes No	Type どの癌ですか	_____
Stroke 卒中	Yes No	Emphysema 肺気腫	Yes No
Diabetes 糖尿病	Yes No	Asthma ぜんそく	Yes No
AIDS or HIV possible エイズ、HIV感染	Yes No	Hay Fever 花粉症	Yes No
Hepatitis 肝炎 (A・B・C 型)	Yes No	Sinus Problems 副鼻腔炎	Yes No
Kidney Disease 腎臓病	Yes No	Thyroid Disease 甲状腺障害	Yes No
Hemophilia 血友病	Yes No	Ulcers 潰瘍	Yes No
Other その他	_____	Osteoporosis 骨粗しょう症	Yes No

Are you allergic or have you reacted adversely to any of the following: 下記についてアレルギー症状を起こしたことがありますか?

Aspirin アスピリン	Yes No	Metals 金属	Yes No	Sulfa drugs サルファ剤	Yes No
Tylenol タイラノール	Yes No	Latex (rubber) ゴム製品	Yes No	Local Anesthetics 部分麻酔	Yes No
Nut Allergy ナッツ	Yes No	Other その他	_____		
Antibiotics 抗生物質	Yes No	List 抗生物質の種類	_____		

have you ever been told by dentist/physician that you need to premedicate prior to dental treatment?  
歯科医又は内科医に、歯の治療の前に抗生物質を服用するように指示されたことがありますか? Yes No

Are you nervous about dental visit 歯科治療でいやな経験がありますか Yes No Why どのような? \_\_\_\_\_

For Women only 女性の方へ  
Are you pregnant? 妊娠していますか Yes No Nursing 授乳中ですか Yes No Birth Control 避妊薬の使用 Yes No

I certify that these statements concerning my health are correct to the best of my knowledge and understand that incorrect answers could be affected by dental treatment.  
私は、私の知識の範囲内で最も正確な情報を記載しました。情報に誤りがあった場合、歯科治療に影響することもありえることを理解しています。

Signature サイン \_\_\_\_\_ Date 日付 \_\_\_\_\_