



**DENTAL HEALTH HISTORY**  
**(CONFIDENTIAL)**

**DENTAL HISTORY**

Patient Name(患者氏名) Last Name(姓)	First Name(名前)	Initial(イニシャル)	Today's Date(日付) Birthdate(生年月日)
Reason for Today's Visit(来院理由)			
Former Dentist(以前かかりつけの歯医者)			
Address(住所)			
Date of last dental care(最後の歯医治療の日付)		Date of last dental X-Ray(最後に歯のレントゲン写真を撮った日付)	
Check ( ) if you have had problems with any of the following: <input type="checkbox"/> Bad breath(口臭) <input type="checkbox"/> Grinding teeth(歯ぎしり) <input type="checkbox"/> Snoring(いびき) <input type="checkbox"/> Bleeding gum(歯茎から出血) <input type="checkbox"/> Sensitivity to Hot(熱いものが沁みる) <input type="checkbox"/> Loose teeth or broken fillings(歯がグラグラする／詰め物が取れた) <input type="checkbox"/> Sensitivity to Sweets(甘いものが沁みる) <input type="checkbox"/> Clicking or popping jaw(顎が鳴る) <input type="checkbox"/> Periodontal treatment(歯周病治療) <input type="checkbox"/> Sensitivity when biting(噛む時に沁みる) <input type="checkbox"/> Food collection between teeth(歯と歯の間に詰まる) <input type="checkbox"/> Sensitivity to cold(冷たいものが沁みる) <input type="checkbox"/> Sores or growth in your mouth(口の中の痛みや腫瘍)			
Are you happy with the appearance of your teeth? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO    if no, Why? _____			
How often do you floss? _____		How often do you brush? _____	

**MEDICAL HISTORY**

Physician's Name(かかりつけ医師)	Date of last visit(最後の診察日)
Have you had any serious illnesses or operations?(重病や手術の有無)	If yes, describe(病名)
Have you ever taken Osteoporosis(low bone density) medications/bisphosphonates? (骨粗しょう症や骨吸収抑制剤の服用) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
WOMEN: Are you pregnant?(妊娠中) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO    * Nursing?(授乳中) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO    * Taking birth control pill?(避妊ピルの服用) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Check( ) if you have or have had any of the following: <input type="checkbox"/> AIDS(エイズ) <input type="checkbox"/> Circulatory Problems(循環障害) <input type="checkbox"/> Respiratory Disease(呼吸器疾患) <input type="checkbox"/> Anemia(貧血) <input type="checkbox"/> Cortisone Treatments(コルチゾン治療) <input type="checkbox"/> Hemophilia(血友病) <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever(リウマチ熱) <input type="checkbox"/> Arthritis,Rheumatism(関節炎/リウマチ) <input type="checkbox"/> Cough,Persistent(しつこい咳) <input type="checkbox"/> Hepatitis(肝炎) <input type="checkbox"/> Scarlet Fever(猩紅熱) <input type="checkbox"/> Artificial Heart Valves(人工心臓弁) <input type="checkbox"/> Cough up Blood(吐血) <input type="checkbox"/> High Blood Pressure(高血圧) <input type="checkbox"/> Shortness of Breath(息切れ) <input type="checkbox"/> Artificial Joint(人工関節) <input type="checkbox"/> Diabetes(糖尿病) <input type="checkbox"/> HIV Positive(HIV陽性) <input type="checkbox"/> Skin Rash(皮膚発疹) <input type="checkbox"/> Asthma(喘息) <input type="checkbox"/> Dialysis(透析) <input type="checkbox"/> Jaw Pain(顎痛) <input type="checkbox"/> Stroke(卒中/発作) <input type="checkbox"/> Back Problem(腰痛) <input type="checkbox"/> Epilepsy(てんかん) <input type="checkbox"/> Kidney Disease(腎臓病) <input type="checkbox"/> Swelling of Feet or Ankles(脚,足首の浮腫) <input type="checkbox"/> Blood Disease(血液疾患) <input type="checkbox"/> Fainting(失神) <input type="checkbox"/> Liver Disease(肝臓病) <input type="checkbox"/> Thyroid Problems(甲状腺疾患) <input type="checkbox"/> Blood Transfusion(輸血) <input type="checkbox"/> Glaucoma(緑内障) <input type="checkbox"/> Nervous Problems(神経疾患) <input type="checkbox"/> Tobacco Habit(喫煙習慣) <input type="checkbox"/> Cancer(癌) <input type="checkbox"/> Headaches(頭痛) <input type="checkbox"/> Pacemaker(ペースメーカー) <input type="checkbox"/> Tonsillitis(扁桃腺炎) <input type="checkbox"/> Chemical Dependency(薬物依存) <input type="checkbox"/> Heart Problems(心臓疾患) <input type="checkbox"/> Psychiatric Care(精神科医療) <input type="checkbox"/> Tuberculosis(肺結核/結核) <input type="checkbox"/> Chemotherapy(化学療法)    Describe:(詳細) _____ <input type="checkbox"/> Radiation Treatment(放射線治療) <input type="checkbox"/> Ulcer(潰瘍)	

**MEDICATION**

**ALLERGIES (アレルギー)**

List medications you are currently taking: (現在服用中の薬)	<input type="checkbox"/> Aspirin(アスピリン) <input type="checkbox"/> Penicillin(ペニシリン) <input type="checkbox"/> Barbiturates(睡眠薬) <input type="checkbox"/> Sulfa(サルファ/抗生物質) <input type="checkbox"/> Codeine(鎮痛剤) <input type="checkbox"/> Other(その他) _____ <input type="checkbox"/> Local Anesthetic(局所麻酔) _____
Pharmacy Name(薬局) _____	
Phone(電話番号) _____	

**SIGNATURE**

上記の情報は私の知る限り正確で完全なものです。 私が記入していない事または間違いに対して医師やそのスタッフに責任を追求しません。

Date(日付)	Signature(署名)
----------	---------------

PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM(両面にご記入ください)