

はじめに：

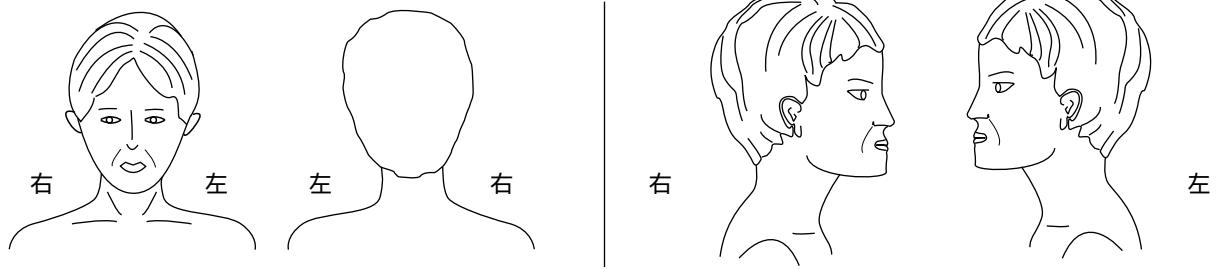
この予診表はあなたご自身の病状を理解する上で、また正確な診断を下す上で必要となります。すべての質問を注意深くお読みの上、できましたらご自身でお答えください。

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 男・女 _____ 年齢 _____

住所 〒 _____ 電話番号 _____

1. 現在の勤務状況は次のどれですか？
 フルタイム勤務 パートタイム勤務 無職 主婦
 障害のため失業中 学生
2. 主な症状を問題の大きい順にご記入ください。
 1. _____
 2. _____
 3. _____
3. 下記の病気にかかったことがありますか？
 1. 心臓 __はい__ いいえ 5. 頭頸部外傷 __はい__ いいえ
 2. 腎・肝臓 __はい__ いいえ 6. むちうち __はい__ いいえ
 3. リューマチ __はい__ いいえ 7. 頰椎症 __はい__ いいえ
 4. 神経症(躁うつ) __はい__ いいえ 8. 脳神経障害 __はい__ いいえ

4. 痛みの部位：



5. 痛みはいつ始まりましたか？ _____
6. 何か きっかけとなる出来事がありましたか？ _____
7. 痛みが和らぐとしたら、それは何によってですか？ _____
8. 次の動作をする時 痛むようでしたら をしてください。
 口をあける、物を噛む、飲み込む、歯を磨く、ふりむく、その他()
9. どのようなタイプの痛みですか？
 鈍い、持続的な、脈打つ、断続的な、電気が走る、焼ける、瞬間的な、
10. これまでに何か治療を受けましたか？
 内科、神経内科、外科、整形外科、耳鼻科、歯科、その他()
11. 最近、歯の治療を受けましたか？ はい いいえ
12. 最近、日常生活に大きな変化はありましたか？ はい いいえ
13. 睡眠中に歯ぎしりをしますか？ はい いいえ
14. 朝起きたとき、口が開けにくいですか？ はい いいえ
15. 最近よく眠れますか？ はい いいえ
16. 日中疲れてだるい感じがしますか。 はい いいえ
17. 最近ストレスがありますか。 はい いいえ
18. イライラすることが多いですか。 はい いいえ
19. 食欲に大きな変化はありますか。 はい いいえ
20. 長時間同じ姿勢をとることはありますか。 はい いいえ
21. 薬物アレルギーはありますか。 はい _____ いいえ
22. 現在服用している薬はありますか。 はい _____ いいえ
23. 現在妊娠はしていますか。 はい _____ ヶ月 いいえ

* 治療についてのご希望