

氏名： _____ 年齢： _____ 記入日： _____ ※当てはまる項目に○で囲んでください

口腔内主訴： むし歯 歯周病 顎関節症 その他 咀嚼部位： 右嚙 左嚙 前嚙 電話： 右耳 左耳

服用薬： あり なし 種類： 血圧(朝・夕) コレステロール 糖尿病 血液をサラサラにする
安定剤 睡眠薬 その他(_____)

かかりつけ医： あり なし (医院名： _____)

	口腔内の状態について		詳細欄	スタッフ記入欄
1	歯のトラブルがある	はい・いいえ	むし歯 歯周病	
2	顎にトラブルがある	はい・いいえ	痛み 音 右 左	
3	物を左右均等に咬める	はい・いいえ	右嚙み 左嚙み 前嚙み	
	全身症状について		詳細欄	スタッフ記入欄
1	睡眠は十分とれている	はい・いいえ	睡眠時間：約 _____ 時間	
2	仰向けで寝られる	はい・いいえ	右・左向き うつ伏せ	
3	偏頭痛がする	はい・いいえ	こめかみ 前・後ろ・横	
4	耳鳴りがする	はい・いいえ	右・左 高い音 低い音	
5	めまいがある	はい・いいえ	少し ひどい	
6	咳が出やすい	はい・いいえ	たん のど	
7	鼻が詰まりやすい	はい・いいえ	鼻水 花粉症 蓄膿	
8	食欲は十分ある	はい・いいえ	腹八分 食べ過ぎ 痩せたい	
9	間食をする	はい・いいえ	少ない 多い	
10	胃に不調が出やすい	はい・いいえ	もたれ 吐き気 げっぷ	
11	動悸・息切れがする	はい・いいえ	不整脈 胸の締め付け	
12	身体が冷えやすい	はい・いいえ	手・足・腰・背中・腹	
13	骨盤が歪んでいる	はい・いいえ	左・右・硬い	
14	頻繁に運動している	はい・いいえ	種類： _____	
15	運動障害がある	はい・いいえ	部位： _____	
16	身体が疲れやすい	はい・いいえ	少し 酷い どんな時	
17	手・足がしびれる	はい・いいえ	手・足 頻度： _____	
18	身体がむくみやすい	はい・いいえ	手・足・顔 頻度： _____	
19	身体は硬い方だ	はい・いいえ		
20	身体に慢性的な痛みがある	はい・いいえ	部位： _____	
21	首・肩・腰がこりやすい	はい・いいえ	首・肩・腰	
22	トイレが近い	はい・いいえ		
23	便通は良い方だ	はい・いいえ	便秘 下痢 回数： _____	
24	婦人科系疾患がある	はい・いいえ	子宮 卵巣	
25	生理痛がひどい	はい・いいえ	順調 不順 無	
26	現在妊娠している	はい・いいえ	出産予定： _____	