

# 口腔科问诊表

しかもんしんひょう  
歯科問診票

中文  
中国語

请在符合☑您的状况的项目处打上记号あてはまるものにチェックしてください

年 年 月 月 日 日

姓名 名前		男 男	女 女
出生年月日 生年月日	年 年 月 月 日 日	电话 電話	
住址 住所			
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか?	有 はい	无 いいえ	
国籍 国籍	语言 言葉		

有何症状? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> 牙痛 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 填充物脱落 つめ物がとれた	<input type="checkbox"/> 牙龈疼痛 歯ぐきが痛い	
<input type="checkbox"/> 治疗龋齿 虫歯を治してほしい	<input type="checkbox"/> 安装假牙 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> 假牙坏了 入れ歯がこわれた	
<input type="checkbox"/> 牙齿矫正 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> 口腔检查 検診	<input type="checkbox"/> 去掉牙石, 牙垢 歯石・歯垢を取りたい	
<input type="checkbox"/> 口臭 口臭	<input type="checkbox"/> 其他 その他		
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> 有 はい → <input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <input type="checkbox"/> 其他 その他 <input type="checkbox"/> 无 いいえ			
是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ			
是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
是否拔过牙? 歯を抜いたことがありますか		<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
现在是否正在怀孕或可能怀孕 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい → _____ 几个月 月 <input type="checkbox"/> 否 いいえ			
是否正在哺乳 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ	
以前是否患过以下疾病? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 结核病 結核	<input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病	<input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症
<input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 梅毒 梅毒	<input type="checkbox"/> 其他 その他
有没有正在治疗的疾病 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 无 いいえ	
对治疗有何要求? 治療に対する希望			
<input type="checkbox"/> 治疗全部坏牙 悪いところは全て治したい			
<input type="checkbox"/> 仅治疗现在疼痛的牙 今痛い歯だけを治したい			
<input type="checkbox"/> 同意自费治疗 自費治療			
<input type="checkbox"/> 在保险范围内进行治疗 保険の範囲内で治したい			
<input type="checkbox"/> 与医生商量后决定 相談して決めたい			
今后能否自带翻译来院就诊? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ			