

DENTISTRY

しかもんしんびょう
歯科問診票

English
英語

Check all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年 month 月 day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍			Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか				
<input type="checkbox"/> toothache 歯が痛い	<input type="checkbox"/> filling fell out つめ物がとれた	<input type="checkbox"/> gums hurt/bleed 歯ぐきが痛い	<input type="checkbox"/> cavity 虫歯を治してほしい	
<input type="checkbox"/> new dentures 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> broken dentures 入れ歯がこわれた			
<input type="checkbox"/> crooked teeth 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> teeth check-up 検診			
<input type="checkbox"/> teeth cleaning 歯石・歯こうを取りたい	<input type="checkbox"/> bad breath 口臭	<input type="checkbox"/> others その他		
Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか				
<input type="checkbox"/> Yes はい →		<input type="checkbox"/> medication 薬	<input type="checkbox"/> food 食べ物	<input type="checkbox"/> others その他
		<input type="checkbox"/> No いいえ		
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか				
<input type="checkbox"/> Yes はい →		If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか			<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had a tooth removed? 歯を抜いたことがありますか			<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか				
<input type="checkbox"/> Yes はい →		_____ months ケ月	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか				
<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気		
<input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberculosis 結核	<input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/> asthma ぜんそく	
<input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ	<input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> syphilis 梅毒	
<input type="checkbox"/> others その他				
Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
Your preferences for treatment 治療に対する希望				
<input type="checkbox"/> I want to have all of my teeth problems fixed. 悪いところは全て治したい				
<input type="checkbox"/> I prefer to have only my painful teeth treated right now. 今痛い歯だけを治したい				
<input type="checkbox"/> I'll pay the full amount. 自費診療でもかまわない				
<input type="checkbox"/> I want to have treatment within the limits of my health insurance coverage. 保険の範囲内で治したい				
<input type="checkbox"/> I want to decide the treatment after consulting with the doctor. 相談して決めたい				
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか				
<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ		