

DENTISTRY

し か もんしんひょう
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

Yes はい → medication 薬 food 食べ物 others その他 No いいえ

Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

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 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

Yes はい No いいえ

Have you ever had a tooth removed? 歯を抜いたことがありますか

Yes はい 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

Yes はい → _____ months ヶ月 No いいえ

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか

Yes はい 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"/> high blood pressure 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ	<input type="checkbox"/> asthma ぜんそく
<input type="checkbox"/> others その他	<input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> syphilis 梅毒

Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか

Yes はい No いいえ

Your preferences for treatment 治療に対する希望

I want to have all of my teeth problems fixed. 悪いところは全て治したい

I prefer not to have teeth extracted unless it is absolutely necessary. 今痛い歯だけを治したい

I'll pay the full amount. 自費診療でもかまわない

I want to have treatment within the limits of my health insurance coverage. 保険の範囲内で治したい

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

Yes はい No いいえ



歯科のじみよ子クリニック