

قسم الأسنان

شكا من سنن
齒科問診票

العربية
أرابتيا لسان

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة

شهر

يوم

الاسم 名前		<input type="checkbox"/> ذكر 男	<input type="checkbox"/> أنثى 女
تاريخ الميلاد 生年月日	_____ سنة 年 _____ شهر 月 _____ يوم 日	الهاتف 電話	
العنوان 住所			
هل لديك تأمين صحي؟ 健康保険を持っていますか？		<input type="checkbox"/> نعم はい	<input type="checkbox"/> لا いいえ
الجنسية 国籍		اللغة 言葉	

ما الذي تعاني منه؟
どうしましたか

- ألم بالأسنان
歯が痛い
- سقوط حشوة السن
詰め物がとれた
- ألم أو نزف في اللثة
歯ぐきが痛い
- تريد عمل حشوة للسن
虫歯を治してほしい
- عمل طقم أسنان جديد
入れ歯を作りたい
- حدوث تلف في طقم الأسنان
入れ歯がこわれた
- تثبيت الأسنان غير الجيدة
歯並びを治したい
- فحص عام للأسنان
検診
- إزالة التكلس والتصلب
歯石・歯垢を取りたい
- رائحة فم كريهة
口臭
- غير ذلك
その他

هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟
薬や食べ物でアレルギーが出ますか

- نعم
はい → دواء
薬 طعام
食べ物 غير ذلك
その他 لا
いいえ

هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟
現在飲んでいる薬はありますか

- نعم
はい → لا
いいえ

هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟
麻酔をして何かトラブルがありましたか

- نعم
はい لا
いいえ

هل قمت بقلع سن في السابق؟
歯を抜いたことがありますか

- نعم
はい لا
いいえ

هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟
妊娠していますか、またその可能性はありますか

- نعم
はい → _____ أشهر
ヶ月 لا
いいえ

هل تقومين بالإرضاع حالياً؟
授乳中ですか

- نعم
はい لا
いいえ

هل أصابك أي مرض في الماضي؟
今までにかかった病気はありますか

- اضطرابات بالمعدة والأمعاء
胃腸の病気
- أمراض الكبد
肝臓の病気
- أمراض القلب
心臓の病気
- أمراض الكلى
腎臓の病気
- تدرن
結核
- سكري
糖尿病
- ربو
ぜんそく
- ضغط دم عالي
高血圧症
- آيدز
エイズ
- مشاكل غدة درقية
甲状腺の病気
- مرض الزهري
梅毒
- غير ذلك
その他

هل تعالج حالياً من أي مرض؟
現在治療している病気はありますか

- نعم
はい لا
いいえ

ما نوع المعالجة التي تريدها؟
治療に対する希望

- أود معالجة جميع أسناني الغير جيدة
悪いところは全て治したい
- لا أفضل قلع السن ما لم يكن لابد من ذلك
今痛い歯だけを治したい
- سوف أدفع جميع الكلفة بنفسني
自費診療でもかまわない
- أريد معالجة بحدود المبلغ الذي يسمح به التأمين الصحي
保険の範囲内で治したい
- أود تحديد نوع المعالجة بعد التحدث مع الطبيب
相談して決めたい

هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟
今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- نعم
はい لا
いいえ