

口腔科问诊表

し か もんしんひょう
歯科問診票

中文
ちゅうごくご
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		<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 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 ヶ月 <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 自費診療でもかまわない			
<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来てくれますか			
<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ			