

STOMATOLOGIJA

し か もんしんひょう
歯科問診票

Hrvatski
クロアチア語

Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina ^{ねん}年 _____ Mjesec ^{がつ}月 _____ Dan ^{にち}日 _____

Prezime i Ime ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> Muškarac ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Žena ^{おんな} 女
Datum rođenja ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ Godina ^{ねん} 年 _____ Mjesec ^{がつ} 月 _____ Dan ^{にち} 日	Telefon ^{でんわ} 電話		
Adresa ^{じゅうしょ} 住所				
Imate li zdravstveno osiguranje? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい		<input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	
Nacionalnost ^{こくせき} 国籍	Jezik ^{ことば} 言葉			

Simptomi ^{どうしましたか} どうしましたか	
<input type="checkbox"/> Zubobolja ^{はいた} 歯が痛い	<input type="checkbox"/> Plomba je pala ^{もの} 詰め物がとれた
<input type="checkbox"/> Karijes ^{むしば} 虫歯を治してほしい	<input type="checkbox"/> Nelagoda u zubnom mesu ^は 歯ぐきが痛い
<input type="checkbox"/> Zubalo je puknuto ^{いれ} 入れ歯がこわれた	<input type="checkbox"/> Želim novu zubnu protezu ^{いれ} 入れ歯を作りたい
<input type="checkbox"/> Pregled svih zubi ^{けんしん} 検診	<input type="checkbox"/> Želim da mi se poravnaju zubi ^{はなら} 歯並びを治したい
<input type="checkbox"/> Čišćenje zubnog kamenca ^{しせき} 歯石・歯こうを取りたい	<input type="checkbox"/> Zadah ^{ごしゅう} 口臭
<input type="checkbox"/> Drugi ^た その他	
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> Lijek ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> Jelo ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> Drugi ^た その他 <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	
Uzimate li lijek sada? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	
Da li ste imali neki problem s anestezijom? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか	
<input type="checkbox"/> Yes ^{はい} はい <input type="checkbox"/> No ^{いいえ} いいえ	
Da li su vam izvađeni neki zubi? ^は 歯を抜いたことがありますか	
<input type="checkbox"/> Yes ^{はい} はい <input type="checkbox"/> No ^{いいえ} いいえ	
Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? ^{にんしん} 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → _____ Mjeseci ^{かげつ} ヶ月 <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	
Dojite li sada dijete? ^{じゅにゅうちゅう} 授乳中ですか	
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	
Kakve ste bolesti imali ranije? ^{いま} 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Želučana i crijevna bolest ^{いちょう} 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Bolest jetre ^{かんぞう} 肝臓の病気
<input type="checkbox"/> Bubrežna bolest ^{しんぞう} 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Šećerna bolest ^{とうようびょう} 糖尿病
<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak ^{こうけつあつしやう} 高血圧症	<input type="checkbox"/> SIDA ^{エイズ} エイズ
<input type="checkbox"/> Sifilis ^{はいどく} 梅毒	<input type="checkbox"/> Bolest štitne žlijezde ^{こうじょうせん} 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> Tuberkuloza ^{けっかく} 結核	<input type="checkbox"/> Astma ^{ぜんそく} ぜんそく
<input type="checkbox"/> Drugi ^た その他	
Liječite li trenutno bilo koju bolest? ^{げんざい} 現在治療している病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	
Kakvo liječenje želite? ^{ちりやう} 治療に対する希望	
<input type="checkbox"/> Želim ispraviti sve loše zube. ^{わる} 悪いところは全て治したい	
<input type="checkbox"/> Hoću izliječiti samo najgoru zubu. ^{いまいた} 今痛い歯だけを治したい	
<input type="checkbox"/> Plaćam sve troškove sami. ^{じひしんりやう} 自費診療でもかまわない	
<input type="checkbox"/> Želim izliječiti samo u okviru osiguranja. ^{ほけん} 保険の範囲内で治したい	
<input type="checkbox"/> Odlučim se posle konsultacije s doktorom. ^{そうだん} 相談して決めたい	
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? ^{こんご} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	