

## Анкета щодо стоматології/Dental Questionnaire/ 歯科 問診票

|   |  |                    |                |   |                          |            |
|---|--|--------------------|----------------|---|--------------------------|------------|
| <b>Ім'я та прізвище пацієнта</b><br>/Name of patient<br>/患者氏名 |  |                    |                | <b>Тільки для персоналу</b><br>/For staff only<br>/医療機関記入欄                          | BT=                      | °C         |
| <b>Дата народження</b><br>/Date of birth<br>/生年月日 (西曆)        | Рік<br>/Year/年   | Місяць<br>/Month/月 | День<br>/Day/日 |   | PR=                      | хв./min./分 |
|   | (  | Років/Years old/歳) |                | BP=   | мм ртут. стовп.<br>/mmHg |            |
| <b>Зріст/Bara/Height/Weight/身長・体重</b>                         |  |                    |                | RR=   | хв./min./分               |            |
|   | _____ см/cm _____ кг/kg  |                    |                | Стовп./Sex/性別   | SPO2=                    | %          |
| <b>Алергії/Allergies</b><br>/アレルギーの有無                         | <input type="checkbox"/> Їжа/Food(s)/食べ物:<br><input type="checkbox"/> Ліки/Medicine/薬: |                    |                | <input type="checkbox"/> Чоловіча/Male/男性 <input type="checkbox"/> Жіноча/Female/女性 |                          |            |

**Яка сьогодні проблема? (Позначте все, що застосовно)/What is the problem today? (Check all that apply.)**  
/本日はどのような症状で来られましたか。(複数ある方は複数☑してください。)

- |  |  |   |   |   |   |
|--|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Зубний біль<br>/Toothache/歯痛  | <input type="checkbox"/> Біль у яснах<br>/Gum pain/歯茎の痛み                         | <input type="checkbox"/> Біль у щелепі<br>/Jaw pain/顎の痛み              | <input type="checkbox"/> Втрата пломби зуба<br>/Loss of a tooth filling<br>/詰め物がとれた | <input type="checkbox"/> Розхитані зуби<br>/Loose teeth<br>/歯がグラグラする    | <input type="checkbox"/> Кровотеча з ясен<br>/Bleeding from the gum<br>/歯茎からの出血 |
| <input type="checkbox"/> Надто вільні/тугі зубні протези<br>/Loose/tight dentures<br>/入れ歯が合わない   | <input type="checkbox"/> Сухий рот<br>/Dry mouth/口が渴く                            | <input type="checkbox"/> Виразка ротової порожнини<br>/Oral ulcer/口内炎 | <input type="checkbox"/> набряк ротової порожнини<br>/Oral swelling/できもの            | <input type="checkbox"/> Біль язика<br>/Tongue pain/舌痛                  |   |
| <input type="checkbox"/> Запах з рота<br>/Oral odor/口臭   | <input type="checkbox"/> Проблема прикусу зуба<br>/Dental bite problem<br>/かみ合わせ | <input type="checkbox"/> Зубний наліт (бляшка)<br>/plaque/歯石          | <input type="checkbox"/> Відбілювання зубів<br>/Teeth whitening<br>/歯を白くしたい         | <input type="checkbox"/> Вирівнювання зубів<br>/Teeth alignment<br>/歯並び |   |
| <input type="checkbox"/> В іншій клініці/лікарні (або під час звичайного медогляду) мені порадили звернутися сюди.<br>/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む) |  |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Інше/Other(s)<br>/その他:  |  |   |   |   |   |

**Коли виник цей симптом?/When did the symptom start?**  
/上記症状はいつからありますか。

|                    |                        |                    |  |
|--------------------|------------------------|--------------------|--|
| Рік<br>/Year<br>/年 | Місяць<br>/Month<br>/月 | День<br>/Day<br>/日 | Від близько/From about _____ : _____ до полудня/am/після полудня/pm<br>午前・午後      時      分 |
| _____              | _____                  | _____              |  |

**Чи були у вас проблеми з попереднім лікуванням?/Have you had any problems with previous treatment?**  
/今までの治療をした時に、何か異常はありませんでしたか。

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ні/No<br>/いいえ      | <input type="checkbox"/> Так/Yes<br>/はい | *Якщо ви поставили галочку біля «Так», то позначте наведені нижче застосовні пункти.<br>/If you checked "Yes", check the following items that apply.<br>/「はい」に☑された方は下の当てはまるものに、☑してください。 |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> Мав/мала труднощі з анестезією<br>/Had difficulty with anesthesia<br>/麻酔が効きにくかった   | <input type="checkbox"/> Мав/мала лихоманку<br>/Had a fever/熱が出た |
|   |   | <input type="checkbox"/> Мав/мала труднощі із зупиненням кровотечі<br>/Had difficulty stopping bleeding<br>/血が止まりにくかった  |  |
| <input type="checkbox"/> Інше/Other(s)/その他: |   |   |  |

**Чи приймаєте ви наразі якісь ліки, у тому числі вітаміни та харчові добавки?**  
/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?  
/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ні/No<br>/いいえ | <input type="checkbox"/> Так/Yes<br>/はい | *Покажіть нам свої ліки або медичну карту (книжку)/Show us your medication or medication record (notebook).<br>/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。 |
|--|---|--|

|   | Назва ліків<br>/Name of medications<br>/お薬の名前 | Як приймати або використовувати ліки<br>/How to take or use your medication<br>/飲み方・使い方 |   | Назва ліків<br>/Name of medications<br>/お薬の名前 | Як приймати або використовувати ліки<br>/How to take or use your medication<br>/飲み方・使い方 |
|---|---|---|---|---|---|
| ① |   |   | ⑥ |   |   |
| ② |   |   | ⑦ |   |   |
| ③ |   |   | ⑧ |   |   |
| ④ |   |   | ⑨ |   |   |
| ⑤ |   |   | ⑩ |   |   |

**Перебуваєте ви нині чи перебували раніше під опікою лікаря?/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?**

/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？

- Hi/No /いいえ       Tak/Yes /はい

Якщо ви вказали «Так», виберіть стан з переліку і напишіть назву лікарні, де вас лікували.  
/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.  
/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

| Назва захворювання (Впишіть номер із наведеного нижче переліку) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可) | Хід лікування/Treatment progress /治療経過  | Назва лікарні/Hospital name /医療機関名 |
|---|---|------------------------------------|
|   | <input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中<br><input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療 |                                    |
|   | <input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中<br><input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療 |                                    |
|   | <input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中<br><input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療 |                                    |
|   | <input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中<br><input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療 |                                    |

**<Перелік хвороб/List of diseases/疾患リスト>**

| Система хвороби /System of disease/疾患の系統  | Назви хвороби/Disease names /疾患名  |
|---|---|
| ① Захворювання травної системи/Digestive disease /消化器系の疾患                                     | a. Виразкова хвороба /Peptic ulcer /消化器潰瘍      b. Гепатит/Hepatitis /肝炎      c. Цироз печінки /Hepatic cirrhosis /肝硬変      d. Інше/Others/その他   |
| ② Хвороба система кровообігу /Circulatory system disease /循環器系の疾患                             | a. Гіпертонія /Hypertension/高血圧      b. Стенокардія/інфаркт міокарда /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞      c. Аритмія/Arrhythmia /不整脈      d. Серцева недостатність /Heart failure/心不全      e. Інше/Others/その他                                     |
| ③ Захворювання органів дихання /Respiratory disease /呼吸器系の疾患                                  | a. Астма/Asthma/喘息      b. Хронічне обструктивне захворювання легень /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患      c. Пневмонія/Pneumonia /肺炎      d. Туберкульоз легень /Pulmonary tuberculosis /肺結核      e. Інше/Others/その他                               |
| ④ Нирково-урологічні захворювання /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患                   | a. Хронічна ниркова недостатність /Chronic renal failure /慢性腎不全      b. Сечокам'яна (нирковокам'яна) хвороба /Renal/urinary stone /腎・尿管結石      c. Інфекція сечовивідних шляхів /Urinary tract infection /尿路感染症      d. Інше/Others/その他                              |
| ⑤ Захворювання головного мозку та нервової системи /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患 | a. Ішемічний інсульт /Cerebral infarction /脳梗塞      b. Геморагічний інсульт /Cerebral hemorrhage /脳出血      c. Епілесія/Epilepsy /てんかん      d. Інше/Others/その他   |
| ⑥ Ендокринне або метаболічне захворювання/Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患           | a. Цукровий діабет /Diabetes mellitus /糖尿病      b. Гіперліпідемія /Hyperlipidemia /高脂血症      c. Порушення функції щитоподібної залози /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害      d. Гіперурикемія /Hyperuricemia /高尿酸血症      e. Інше/Others/その他                       |
| ⑦ Захворювання кісток або м'язів /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患                             | a. Ревматоїдний артрит /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ      b. Остеопороз /Osteoporosis /骨粗鬆症      c. Остеоартрит /Osteoarthritis /変形性膝関節症      d. Грижі міжхребцевих дисків /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア      e. Подагра/Gout/痛風      f. Інше/Others/その他 |
| ⑧ Акушерсько-гінекологічні захворювання/Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患            | a. Міоми матки /Uterine fibroids /子宮筋腫      b. Дисменорея /Dysmenorrhea /月経困難症      c. Безпліддя /Infertility/不妊症      d. Інше/Others/その他   |
| ⑨ Хвороба очей/Eye disease /眼の疾患  | a. Катаракта/Cataract /白内障      b. Глаукома/Glaucoma /緑内障      c. Ретинопатія /Retinopathy/網膜症      d. Інше/Others/その他  |
| ⑩ Злоякісні утворення /Malignant tumor /悪性腫瘍  | a. Рак шлунка /Stomach cancer /胃がん      b. Рак товстої кишки /Colon cancer /大腸がん      c. Рак печінки/жовчного міхура/підшлункової залози /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん  |
|   | f. Рак легень /Lung cancer/肺癌      g. Інше/Others/その他   |
| ⑪ Психічні захворювання /Mental disease /精神の疾患  | a. Депресія/Depression /うつ病      b. Шизофренія /Schizophrenia /統合失調症      c. Інше/Others/その他  |
| ⑫ Отоларингологічні хвороби /ENT disease /耳鼻科の疾患  | a. Погіршення слуху /Impaired hearing /難聴      b. Запаморочення /Dizziness/めまい      c. Шум у вухах /Ear noise/耳鳴      d. Пилкова алергія /Pollen allergy/花粉症      e. Інше/Others/その他  |
| ⑬ Захворювання крові /Blood disease /血液の疾患  | a. Анемія/Anemia/貧血      b. Лейкемія/Leukemia /白血病      c. Інше/Others/その他  |
| ⑭ Шкірні захворювання /Skin disease /皮膚の疾患  | a. Атопічний дерматит /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎      b. Лишай (грибкове захворювання ніг) /Tinea (athlete's foot) /白癬症(水虫)      c. Інше/Others/その他   |

**Вам коли-небудь робили хірургічну операцію?/Have you ever had surgery?**

/今までに手術をしたことがありますか。

- Ні/No /いいえ       Так/Yes /はい

Якщо ви вказали «Так», напишіть історію хірургічної операції.  
/If you checked "Yes", write the history of your surgery.  
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

| Назви хвороб/Disease names /疾患名 | Назва вашої хірургічної операції /Name of your surgery/手術名 | Коли вам зробили хірургічну операцію /When you had the surgery /手術をした時期 | Лікарня, де вам зробили хірургічну операцію /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関 |
|---------------------------------|--|---|--|
|                                 |  |   |  |
|                                 |  |   |  |

\*Якщо ви не впевнені щодо точної дати хірургічної операції, укажіть рік або вік.

/If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.

/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

**Ви палите регулярно?/Do you smoke regularly?**

/習慣的に、たばこを吸いますか。

- Ні/No /いいえ       Так/Yes /はい       Раніше палив/ла/Used to smoke /以前吸っていた

| Споживання сигарет /Cigarette consumption/喫煙量          | Тривалість паління/Duration of smoking /喫煙期間 | Рік, коли ви кинули палити /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年 |
|--|--|--|
| _____ сигарет(-а, -и) на день<br>cigarettes/Day<br>本/日 | _____ Рік/Year/年                             | _____ Рік/Year/年<br>_____ Місяць/Month/月                           |

\*Якщо ще палите, то залиште порожнє місце у питанні про рік, коли ви кинули палити.

/If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.

/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

**Ви регулярно п'єте алкогольні напої?/Do you drink regularly?**

/習慣的にお酒を飲みますか。

- Ні/No /いいえ       Так/Yes /はい       Раніше регулярно пив/ла/Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Пиво/Beer/ビール _____ мл/день/ml /Day/日                    | <input type="checkbox"/> Віскі/Whisky/ウイスキー _____ мл/день/ml /Day/日 |
| <input type="checkbox"/> Японське sake /Japanese sake/日本酒 _____ мл/день/ml /Day/日 | <input type="checkbox"/> Вино/Wine/ワイン _____ мл/день/ml /Day/日      |
| <input type="checkbox"/> Інше/Other(s)/その他 _____ мл/день/ml /Day/日                |   |

**Якщо ви жінка, дайте відповідь на наведені нижче запитання нижче. Ви вагітні чи можете бути вагітні?**

/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?

/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- Ні/No /いいえ       Так/Yes /はい       Не знаю/Do not know/わからない

**Ви годуєте груддю?/Are you breastfeeding?**

/現在、授乳中ですか。

- Ні/No /いいえ       Так/Yes /はい

**Якщо у вас є особливі побажання щодо консультації, вкажіть.**

/If you have a special request concerning the consultation, check the box.

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- Я хочу, щоб мене заздалегідь інформували про передбачувані медичні витрати.  
/I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- Я хочу мати перекладача, якщо є послуга перекладача.  
/I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- Інше/Other(s)/その他 :