

## दंत प्रश्नावली/Dental Questionnaire/ 齒科 問診票

मरीज का नाम /Name of patient /患者氏名		केवल स्टाफ के लिए /For staff only /医療機関記入欄	BT= °C
जन्म की तारीख /Date of birth /生年月日 (西暦)	वर्ष /Year/年 ( महीना /Month/月 दिन /Day/日 वर्षों पुराना/Years old/歳)		PR= मि./min./分
ऊंचाई/ वजन/Height/Weight/身長・体重	cm kg	लिंग/Sex/性別	BP= एमएमएचजी/mmHg
एलर्जी /Allergies/アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> भोजन/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> दवा/Medicine/薬:		RR= मि./min./分
			SPO2= %
		<input type="checkbox"/> पुरुष/Male/男性 <input type="checkbox"/> महिला /Female/女性	

आज क्या समस्या है? (लागू होने वाले सभी को जाँचे।)/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"/> दांत दर्द<br>/Toothache/歯痛   | <input type="checkbox"/> मसूड़ों में दर्द<br>/Gum pain<br>/歯茎の痛み                | <input type="checkbox"/> जबड़े का दर्द<br>/Jaw pain/顎の痛み  | <input type="checkbox"/> दाँत भरने का नुकसान<br>/Loss of a tooth filling<br>/詰め物がとれた | <input type="checkbox"/> ढीले दाँत<br>/Loose teeth<br>/歯がグラグラする      | <input type="checkbox"/> मसूड़ों से खून आना<br>/Bleeding from the gum<br>/歯茎からの出血 |
| <input type="checkbox"/> ढीले/तंग डेन्चर<br>/入れ歯が合わない   | <input type="checkbox"/> शुष्क मुँह<br>/Dry mouth/口が渇く                          | <input type="checkbox"/> मुँह का अल्सर<br>/Oral ulcer/口内炎 | <input type="checkbox"/> मुँह में सूजन<br>/Oral swelling/できもの                        | <input type="checkbox"/> जीभ का दर्द<br>/Tongue pain/舌痛              |   |
| <input type="checkbox"/> मुँह की दुर्गंध<br>/Oral odor/口臭   | <input type="checkbox"/> दाँत काटने की समस्या<br>/Dental bite problem<br>/かみ合わせ | <input type="checkbox"/> पट्टिका<br>/plaque/歯石            | <input type="checkbox"/> दाँत चमकाना<br>/Teeth whitening<br>/歯を白くしたい                 | <input type="checkbox"/> दाँतों का सरिखण<br>/Teeth alignment<br>/歯並び |   |
| <input type="checkbox"/> मुझे किसी अन्य क्लिनिक/अस्पताल ने (या नियमित जांच के दौरान) यहां आने की सलाह दी थी<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"/> अन्य/Other(s)<br>/その他 :  |   |   |  |  |   |

लक्षण कब शुरू हुआ?/When did the symptom start?  
/上記症状はいつからありますか。

वर्ष \_\_\_\_\_ महीना \_\_\_\_\_ दिन \_\_\_\_\_  
/Year /Month /Day  
/年 /月 /日

लगभग इससे/From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ पूर्वाह्न/am/ अपराह्न/pm  
午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分ごろから

क्या आपको पिछले उपचार से कोई समस्या हुई है?/Have you had any problems with previous treatment?  
/これまでの治療をした時に、何か異常はありませんでしたか。

- नहीं/No  
/いいえ  हाँ/Yes  
/はい
- यदि आपने "हां" चुना है, तो लागू होने वाली निम्नलिखित वस्तुओं की जांच करें।  
/If you checked "Yes", check the following items that apply. /  
「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"/> एनेस्थीसिया देन में कोठनाई हो रही थी<br>/Had difficulty with anesthesia<br>/麻酔が効きにくかった | <input type="checkbox"/> बुखार था<br>/Had a fever/熱が出た | <input type="checkbox"/> रक्तस्राव रोकने में कोठनाई हो रही थी<br>/Had difficulty stopping bleeding<br>/血が止まりにくかった |
| <input type="checkbox"/> अन्य/Other(s)/その他 :  |  |   |

क्या आप वर्तमान में विटामिन और पोषण संबंधी अनुपूरक सहित कोई दवा ले रहे हैं?  
/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。

- नहीं/No  
/いいえ  हाँ/Yes  
/はい
- हमें अपनी दवा या दवा का रिकॉर्ड (नोटबुक) दिखाएँ।/Show us your medication or medication record (notebook).  
/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。

①	औषधियों का नाम /Name of medications /お薬の名前	अपनी दवा कैसे लें या उपयोग करें /How to take or use your medication /飲み方・使い方	⑥	औषधियों का नाम /Name of medications /お薬の名前	अपनी दवा कैसे लें या उपयोग करें /How to take or use your medication /飲み方・使い方
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

क्या आप अतीत में किसी डॉक्टर की देखरेख में रहे हैं या रहे हैं?/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?

नहीं/No  
/いいえ  हाँ/Yes  
/はい

यदि आपने "हाँ" चेक किया है, तो सूची से स्थिति चुनें और उस अस्पताल का नाम लिखें जहाँ आपने उपचार प्राप्त किया था।  
/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.  
/「はい」に印した人は、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。

रोग का नाम (निम्नलिखित सूची से संख्या लिखें) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	उपचार की प्रगति/Treatment progress /治療経過	अस्पताल का नाम/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> इलाज बंद करना /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> इलाज बंद करना /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> इलाज बंद करना /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> इलाज बंद करना /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療	

<रोगों की सूची/List of diseases/疾患リスト>

रोग की प्रणाली /System of disease/疾患の系統	बीमारी के नाम /Disease names/疾患名
① पाचन रोग /Digestive disease /消化器系の疾患	a. पेटिक छाला /Peptic ulcer /消化器潰瘍 b. हेपेटाइटिस /Hepatitis/肝炎 c. हेपेटिक सिरोसिस /Hepatic cirrhosis /肝硬変 d. अन्य/Others/その他
② परिसंचरण तंत्र रोग /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. उच्च रक्तचाप /Hypertension/高血圧 b. एंजाइना पेक्टोरिस /हृदयपेशीय रोधगलन /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞 c. अतालता /Arrhythmia /不整脈 d. दिल की धड़कन रुकना /Heart failure/心不全 e. अन्य/Others/その他
③ श्वसन संबंधी रोग /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. दमा /Asthma/喘息 b. लंबे समय तक फेफड़ों में रुकावट /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患 c. न्यूमोनिया /Pneumonia /肺炎 d. फेफड़े का क्षयरोग /Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. अन्य/Others/その他
④ गुर्दे और मूत्र संबंधी रोग /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. चिरकालिक गुर्दा निष्क्रियता /Chronic renal failure /慢性腎不全 b. गुर्दे/मूत्र पथरी /Renal/urinary stone /腎・尿管結石 c. मूत्र पथ के संक्रमण /Urinary tract infection /尿路感染症 d. अन्य /Others/その他
⑤ मस्तिष्क और तंत्रिका तंत्र रोग /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. मस्तिष्क रोधगलन /Cerebral infarction /脳梗塞 b. मस्तिष्कीय रक्तस्राव /Cerebral hemorrhage /脳出血 c. मिरगी /Epilepsy /てんかん d. अन्य/Others/その他
⑥ अंतःस्रावी या चयापचय रोग /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. मधुमेह /Diabetes mellitus /糖尿病 b. हाइपरलिपिडेमिया /Hyperlipidemia /高脂血症 c. थायरॉइड ग्रंथि की खराबी /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. हाइपरयूरिसीमिया /Hyperuricemia /高尿酸血症 e. अन्य/Others/その他
⑦ हड्डी या मांसपेशियों का रोग /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. रूमेटाइड गठिया /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ b. ऑस्टियोपोरोसिस /Osteoporosis /骨粗鬆症 c. पुराने ऑस्टियोआर्थराइटिस /Osteoarthritis /変形性膝関節症 d. हर्नियेटेड इंटरवर्टेब्रल डिस्क /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. गठिया /Gout/痛風 f. अन्य /Others/その他
⑧ प्रसूति एवं स्त्री रोग /Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. गर्भाशय फाइब्रॉइड /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. कष्टार्तव /Dysmenorrhea /月経困難症 c. बांझपन /Infertility/不妊症 d. अन्य /Others/その他
⑨ बांझपन /Eye disease/眼の疾患	a. मोतियाबिंद /Cataract/白内障 b. आंख का रोग /Glaucoma/緑内障 c. रेटिनोपैथी /Retinopathy/網膜症 d. अन्य/Others/その他
⑩ मैलिग्नैट ट्यूमर /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. आमाशय का कैंसर /Stomach cancer /胃がん b. पेट का कैंसर /Colon cancer /大腸がん c. लिवर/पित्ताशय/अग्नाशय का कैंसर /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん d. स्तन कैंसर/Breast cancer/乳がん e. गर्भाशय कर्क रोग /Uterine cancer /子宮がん f. फेफड़े का कैंसर /Lung cancer/肺癌 g. अन्य/Others/その他
⑪ मानसिक रोग /Mental disease /精神の疾患	a. अवसाद/Depression /うつ病 b. एक प्रकार का मानसिक विकार/Schizophrenia /統合失調症 c. अन्य /Others/その他
⑫ ईएनटी रोग /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. बिगड़ी सुनवाई /Impaired hearing /難聴 b. चक्कर आना/Dizziness/めまい c. कान का शोर /Ear noise/耳鳴 d. पराग से एलर्जी /Pollen allergy/花粉症 e. अन्य/Others/その他
⑬ रक्त रोग /Blood disease /血液の疾患	a. एनीमिया /Anemia/貧血 b. लेकिमिया /Leukemia /白血病 c. अन्य/Others/その他
⑭ त्वचा रोग /Skin disease /皮膚の疾患	a. ऐटोपिक डर्मैटिटिस /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 b. टीनिया (एथलीट फुट) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫) c. अन्य/Others/その他

**क्या आपने कभी सर्जरी करवाई है?/Have you ever had surgery?**  
/今までに手術をしたことがありますか。

- नहीं/No  
/いいえ  हाँ/Yes  
/はい

यदि आपने "हां" चेक किया है, तो अपनी सर्जरी का इतिहास लिखें।  
/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。

बीमारी के नाम /Disease name/疾患名	आपकी सर्जरी का नाम /Name of your surgery/手術名	जब आपकी सर्जरी हुई थी /When you had the surgery /手術をした時期	अस्पताल जहां आपकी सर्जरी हुई थी /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※यदि आप सर्जरी की सटीक तारीख के बारे में निश्चित नहीं हैं, तो वर्ष या उम्र लिखें।

/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。

**क्या आप नियमित रूप से धूम्रपान करते हैं?/Do you smoke regularly?**  
/習慣的に、たばこを吸いますか。

- नहीं/No  
/いいえ  हाँ/Yes  
/はい  धूम्रपान करता था/Used to smoke  
/以前吸っていた

सिगरेट का सेवन /Cigarette consumption/喫煙量	धूम्रपान की अवधि/Duration of smoking /喫煙期間	वह वर्ष जब आपने धूम्रपान बंद किया /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ सिगरेट/दिन cigarettes/Day 本/日	_____ वर्ष/Year/年	_____ वर्ष/Year/年 _____ महीना/Month/月

\*यदि आपको अभी भी धूम्रपान की आदत है, तो जिस वर्ष आपने धूम्रपान छोड़ा था, उस वर्ष के बारे में प्रश्न में एक खाली छोड़ दें।

/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。

**क्या आप नियमित रूप से शराब पीते हैं?/Do you drink regularly?**  
/習慣的にお酒を飲みますか。

- नहीं/No  
/いいえ  हाँ/Yes  
/はい  नियमित रूप से शराब पीता था/Used to drink regularly  
/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> बीयर/Beer/ビール	_____ एमएल/दिन/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> व्हिस्की/Whisky/ウイスキー	_____ एमएल/दिन/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> जापाना साक /Japanese sake/日本酒	_____ एमएल/दिन/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> शराब/Wine/ワイン	_____ एमएल/दिन/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> अन्य/Other(s)/その他	_____ एमएल/दिन/ml /Day/日		

**यदि महिला है, तो नीचे दिए गए प्रश्नों के उत्तर दें। क्या आप गर्भवती हैं, या संभवतः गर्भवती हैं?**

/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。

- नहीं/No  
/いいえ  हाँ/Yes  
/はい  नहीं जानता/Do not know/わからない

**क्या आप स्तनपान करा रही हैं?/Are you breastfeeding?**

/現在、授乳中ですか。

- नहीं/No  
/いいえ  हाँ/Yes  
/はい

**यदि आपके पास परामर्श के संबंध में कोई विशेष अनुरोध है, तो बॉक्स को चेक करें**

/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。

- मैं अपने अनुमानित चिकित्सा खर्चों के बारे में पहले से सूचित होना चाहता हूँ  
/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。
- यदि दुभाषिया सेवा उपलब्ध है तो मैं एक दुभाषिया रखना चाहता हूँ।  
/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。
- अन्य/Other(s)/その他 :

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。  
This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

यह अंग्रेजी अनुवाद डॉक्टरों, कानूनी विशेषज्ञों या अन्य लोगों की देखरेख में तैयार किया गया है। जब संबंधित भाषाओं या प्रणालियों में सूक्ष्म अंतर के कारण व्याख्या में कोई अंतर उत्पन्न होता है, तो जापानी मूल को