

Kuesioner Gigi/Dental Questionnaire/ 歯科 問診票

Nama pasien /Name of patient /患者氏名				BT=		°C	
Tanggal lahir /Date of birth /生年月日 (西暦)		tahun /Year/年	bulan /Month/月	Tanggal /Day/日	Hanya untuk staf /For staff only /医療機関記入欄		menit./min./ 分
		(Tahun/Years old/歳)			BP=	mmHg/mmHg/mmHg	
					RR=	menit./min./分	
					SPO2=	%	
Tinggi / Berat/Height/Weight/身長・体重		cm/cm kg/kg		jenis kelamin/Sex/性別		<input type="checkbox"/> laki-laki/Male/男性 <input type="checkbox"/> Perempuan/Female/女性	
Alergi/Allergies /アレルギーの有無		<input type="checkbox"/> Makanan/Food(s)/食べ物:					
		<input type="checkbox"/> Obat-obatan/Medicine/薬:					

Apa masalahnya hari ini? (Centang semua yang berlaku.)/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。(複数ある方は複数回してください。)

- | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sakit gigi
/Toothache/歯痛 | <input type="checkbox"/> Sakit gusi
/Gum pain
/歯茎の痛み | <input type="checkbox"/> Sakit rahang
/Jaw pain/顎の痛み | <input type="checkbox"/> Hilangnya tambalan gigi
/Loss of a tooth filling
/詰め物がとれた | <input type="checkbox"/> Gigi goyang
/Loose teeth
/歯がグラグラする | <input type="checkbox"/> Pendarahan dari gusi
/Bleeding from the gum
/歯茎からの出血 |
| <input type="checkbox"/> Gigi palsu yang longgar/kencang
/Loose/tight dentures
/入れ歯が合わない | <input type="checkbox"/> Mulut kering
/Dry mouth/口が渇く | <input type="checkbox"/> Ulkus mulut
/Oral ulcer/口内炎 | <input type="checkbox"/> Pembengkakan mulut
/Oral swelling/できもの | <input type="checkbox"/> Sakit lidah
/Tongue pain/舌痛 | |
| <input type="checkbox"/> Bau mulut
/Oral odor/口臭 | <input type="checkbox"/> Masalah gigitan gigi
/Dental bite problem
/かみ合わせ | <input type="checkbox"/> plak
/plaque/歯石 | <input type="checkbox"/> Pemutih gigi
/Teeth whitening
/歯を白くしたい | <input type="checkbox"/> Penjarangan gigi/Teeth alignment
/歯並び | |
| <input type="checkbox"/> Saya disarankan oleh klinik/rumah sakit lain (atau pada pemeriksaan rutin) untuk datang ke sini
/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"/> Lainnya/Other(s)
/その他: | | | | | |

Jika gejala yang Anda sebutkan di atas masih berlanjut, kapan gejalanya mulai terjadi?
/If the symptom you have mentioned above has been continuing, when did it start?
/上記症状が持続している方は、この症状はいつからありますか。

tahun bulan tanggal Dari sekitar/From about _____ : _____ am./am./pm./pm
/Year /Month /Day 午前・午後 時 分ごろから

Apakah Anda memiliki masalah dengan perawatan sebelumnya?/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。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい
- *Jika Anda mencentang "Ya", centang item berikut yang berlaku.
/If you checked "Yes", check the following items that apply.
/「はい」に印された方は下の当てはまるものに、印してください。**
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mengalami kesulitan dengan anestesi
/Had difficulty with anesthesia
/麻酔が効きにくかった | <input type="checkbox"/> Mengalami demam
/Had a fever
/熱が出た | <input type="checkbox"/> Mengalami kesulitan menghentikan pendarahan
/Had difficulty stopping bleeding
/血が止まりにくかった |
| <input type="checkbox"/> Lainnya/Other(s)/その他: | | |

Apakah Anda sedang menjalani pengobatan, termasuk vitamin dan suplemen nutrisi?
/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?
/現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい
- *Tunjukkan kepada kami obat atau catatan pengobatan Anda (buku catatan).
/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。**

	Nama obat /Name of medications /お薬の名前	Bagaimana cara meminum atau menggunakan obat Anda /How to take or use your medication /飲み方・使い方		Nama obat /Name of medications /お薬の名前	Bagaimana cara meminum atau menggunakan obat Anda /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

Apakah Anda, atau pernahkah Anda berada di bawah perawatan dokter di masa lalu?/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?

Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

Jika Anda mencentang "Ya", pilih kondisi dari daftar, dan tuliskan nama rumah sakit tempat Anda menerima perawatan.
/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。

Nama penyakit (Tuliskan nomor dari daftar berikut ini) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Treatment kemajuan/Treatment progress /治療経過	Nama rumah sakit/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	

<Daftar penyakit/List of diseases/疾患リスト>

Sistem penyakit/System of disease /疾患の系統	Nama penyakit/Disease names /疾患名
① Penyakit pencernaan /Digestive disease /消化器系の疾患	a. Tukak lambung /Peptic ulcer /消化器潰瘍 b. Hepatitis /Hepatitis /肝炎 c. Sirosis hati /Hepatic cirrhosis /肝硬変 d. Lainnya/Others/その他
② Penyakit sistem peredaran darah /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hipertensi /Hypertension/高血圧 b. Angina pectoris /infark miokard /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞 c. Aritmia /Arrhythmia/不整脈 d. Gagal jantung /Heart failure/心不全 e. Lainnya/Others/その他
③ Penyakit pernapasan /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma /Asthma/喘息 b. Penyakit paru obstruktif kronik /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患 c. Pneumonia /Pneumonia/肺炎 d. Tuberkulosis paru /Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. Lainnya/Others/その他
④ Penyakit ginjal dan urologi /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Gagal ginjal kronis /Chronic renal failure /慢性腎不全 b. Batu ginjal/kemih /Renal/urinary stone /腎・尿管結石 c. Infeksi saluran kemih /Urinary tract infection /尿路感染症 d. Lainnya/Others/その他
⑤ Penyakit otak dan sistem saraf /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Infark serebral /Cerebral infarction /脳梗塞 b. Pendarahan otak /Cerebral hemorrhage /脳出血 c. Epilepsi /Epilepsy /てんかん d. Lainnya/Others/その他
⑥ Penyakit endokrin atau metabolik /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /Diabetes mellitus /糖尿病 b. Hiperlipidemia /Hyperlipidemia /高脂血症 c. Kerusakan kelenjar tiroid /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. Hiperurisemia /Hyperuricemia /高尿酸血症 e. Lainnya/Others/その他
⑦ Penyakit tulang atau otot /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Arthritis reumatoid /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ b. Osteoporosis /Osteoporosis /骨粗鬆症 c. Osteoarthritis /Osteoarthritis /変形性膝関節症 d. Diskus intervertebralis yang mengalami herniasi /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. Asam urat/Gout/痛風 f. Lainnya/Others/その他
⑧ Penyakit kebidanan dan kandungan /Obstetrics and gynecology disease/ 産婦人科の疾患	a. Fibroid rahim /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. Dismenore /Dysmenorrhea /月経困難症 c. Infertilitas /Infertility /不妊症 d. Lainnya/Others/その他
⑨ Penyakit mata /Eye disease/眼の疾患	a. Katarak/Cataract /白内障 b. Glaukoma/Glaucoma /緑内障 c. Retinopati /Retinopathy/網膜症 d. Lainnya/Others/その他
⑩ Tumor ganas /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Kanker perut /Stomach cancer/胃がん b. Kanker usus besar /Colon cancer/大腸がん c. Kanker hati/kandung empedu/pankreas /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん d. Kanker payudara/ Breast cancer/乳がん e. Kanker rahim /Uterine cancer /子宮がん f. Kanker paru-paru /Lung cancer/肺癌 g. Lainnya/Others/その他
⑪ Penyakit mental /Mental disease/精神の疾患	a. Depresi /Depression/うつ病 b. Skizofrenia /Schizophrenia /統合失調症 c. Lainnya/Others/その他
⑫ Penyakit THT /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Gangguan pendengaran /Impaired hearing/難聴 b. Pusing /Dizziness/めまい c. Kebisingan telinga /Ear noise/耳鳴 d. Alergi serbuk sari /Pollen allergy/花粉症 e. Lainnya/Others/その他
⑬ Penyakit darah /Blood disease /血液の疾患	a. Anemia /Anemia/貧血 b. Leukemia /Leukemia/白血病 c. Lainnya/Others/その他
⑭ Penyakit kulit /Skin disease /皮膚の疾患	a. Dermatitis atopik/ Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 b. Tinea (kaki atlet) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫) c. Lainnya/Others/その他

Apakah Anda pernah menjalani operasi?/Have you ever had surgery?

/今までに手術をしたことがありますか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい

Jika Anda mencentang "Ya", tuliskan riwayat operasi Anda.
/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。

Nama penyakit/Disease names /疾患名	Nama operasi Anda /Name of your surgery/手術名	Ketika Anda menjalani operasi /When you had the surgery /手術をした時期	Rumah sakit tempat Anda menjalani operasi /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※Jika Anda tidak yakin dengan tanggal pasti operasi, tuliskan tahun atau usia.

/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。

Apakah Anda merokok secara teratur? /Do you smoke regularly?

/習慣的に、たばこを吸いますか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい Digunakan untuk merokok/Used to smoke /以前吸っていた

Konsumsi rokok /Cigarette consumption/喫煙量	Durasi merokok/Duration of smoking /喫煙期間	Tahun ketika Anda berhenti merokok /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____rokok/Hari cigarettes/Day 本日	_____tahun/Year/年	_____tahun/Year/年 _____bulan/Month/月

*Jika Anda masih memiliki kebiasaan merokok, biarkan kosong pada pertanyaan tentang tahun Anda berhenti merokok.

/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。

Apakah Anda minum secara teratur? /Do you drink regularly?

/習慣的にお酒を飲みますか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい Digunakan untuk minum secara teratur/Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Bir/Beer/ビール _____ml/hari/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Wiski/Whisky/ウイスキー _____ml/hari/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Sake Jepang /Japanese sake/日本酒 _____ml/hari/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Anggur/Wine/ワイン _____ml/hari/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Lainnya/Other(s)/その他 _____ml/hari/ml /Day/日	

Jika perempuan, jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini. Apakah Anda sedang hamil, atau mungkin hamil?

/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。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい Tidak tahu/Do not know/わからない

Apakah Anda sedang menyusui?/Are you breastfeeding?

/現在、授乳中ですか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい

Jika Anda memiliki permintaan khusus mengenai konsultasi, centang kotak.

/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。

- Saya ingin diberitahu tentang perkiraan biaya pengobatan saya sebelumnya.
/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。
- Saya ingin memiliki penerjemah jika layanan penerjemah tersedia.
/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。
- Lainnya/Other(s)/その他 :