

استبيان حول طب الأسنان  
/Dental Questionnaire  
/歯科問診票

°C الدرجة في الدقيقة /min/分 mmHg الضغط في الدقيقة /min/分 %	BT=درجة حرارة الجسم PR=معدل النبض BP=ضغط الدم RR=معدل التنفس تسبغ الأكسجين في الدم/SPO2=	للموظفين فقط /For staff only /医療機関記入欄	اسم المريض /Name of patient /患者氏名
			تاريخ الميلاد /Date of birth /生年月日 (西暦)
		سنة/Year/年 شهر/Month/月 يوم/Day/日 عاماً/Years old/歳	الوزن/Height/Weight/身長・体重 حساسية /Allergies /アレルギーの有無
<input type="checkbox"/> أنثى/Female/女性 <input type="checkbox"/> ذكر/Male/男性		الجنس/Sex/性別	كجم /kg   سم/cm <input type="checkbox"/> الطعام (الأطعمة)/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> الدواء/Medicine/薬:

ما هي مشكلتك اليوم؟ (حدّد جميع ما ينطبق.)  
/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"/> نزيف اللثة /Bleeding from the gum /歯茎からの出血	<input type="checkbox"/> أسنان مقلخة /Loose teeth /歯がグラグラする	<input type="checkbox"/> فقدان حشوة الأسنان /Loss of a tooth filling /詰め物がとれた	<input type="checkbox"/> ألم الفك /Jaw pain /顎の痛み	<input type="checkbox"/> ألم اللثة /Gum pain /歯茎の痛み	<input type="checkbox"/> ألم الأسنان /Toothache /歯痛
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ألم في اللسان /Tongue pain /舌痛	<input type="checkbox"/> تورم الفم /Oral swelling /できもの	<input type="checkbox"/> قرحة الفم /Oral ulcer /口内炎	<input type="checkbox"/> جفاف الفم /Dry mouth /口が渇く	<input type="checkbox"/> طقم أسنان مخلل/مشدود /Loose/tight dentures /入れ歯が合わない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> تسوية الأسنان /Teeth alignment /歯並び	<input type="checkbox"/> تبييض الأسنان /Teeth whitening /歯を白くしたい	<input type="checkbox"/> اللويحات /plaque /歯石	<input type="checkbox"/> مشكلة في عضّة الأسنان /Dental bite problem /かみ合わせ	<input type="checkbox"/> رائحة فم كريهة /Oral odor /口臭

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)

أخرى :  
/Other(s)  
/その他 :

متى بدأ ظهور الأعراض؟  
/When did the symptom start?  
/上記症状はいつからありますか。

يوم/Day/日   شهر/Month/月   سنة/Year/年   منذ حوالي /From about   :   صباحاً/مساءً /am/pm  
 分ごろから   時   午前・午後

هل واجهت أي مشاكل مع علاج سابق؟  
/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。

إذا كانت إجابتك "نعم"، فحدد العناصر التالية التي تنطبق على حالتك\*  
/\*If you checked "Yes", check the following items that apply.  
/「はい」に回答された方は下の当てはまるものに、☑してください。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> صعوبة في إيقاف التخدير /Had difficulty with anesthesia /麻酔が効きにくかった	<input type="checkbox"/> الإصابة بالحمى /Had a fever /熱が出た	<input type="checkbox"/> صعوبة في التخدير /Had difficulty with anesthesia /麻酔が効きにくかった
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	أخرى /Other(s) /その他 :

هل تتناول حالياً أي أدوية، بما في ذلك الفيتامينات والمكملات الغذائية؟  
/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。

اظهر لنا دوائك أو دليل الأدوية\*  
/Show us your medication or a medicine pocketbook.  
/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。

نعم/Yes/はい   لا/No/いいえ

اسم الأدوية /Name of medications /お薬の名前	كيفية تناول أو استخدام الدواء /How to take or use your medication /飲み方・使い方	اسم الأدوية /Name of medications /お薬の名前	كيفية تناول أو استخدام الدواء /How to take or use your medication /飲み方・使い方
			①
			②
			③
			④
			⑤
			⑥
			⑦
			⑧
			⑨
			⑩

هل تخضع أو خضعت، لرعاية طبيب في الماضي؟

/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？

إذا كانت إجابتك "نعم"، فأختر الحالة من القائمة، واكتب اسم المستشفى الذي تلقيت فيه العلاج!

/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.

نعم/Yes/はい  لا/No/いいえ

/「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。

اسم المستشفى /Hospital name /医療機関名	تقدم العلاج /Treatment progress /治療経過	اسم المرض (اكتب الرقم من القائمة التالية) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)
	<input type="checkbox"/> خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> تم التعافي/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療 <input type="checkbox"/> التوقف عن العلاج/Withdrawal of treatment/治療中断	
	<input type="checkbox"/> خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> تم التعافي/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療 <input type="checkbox"/> التوقف عن العلاج/Withdrawal of treatment/治療中断	
	<input type="checkbox"/> خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> تم التعافي/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療 <input type="checkbox"/> التوقف عن العلاج/Withdrawal of treatment/治療中断	
	<input type="checkbox"/> خاضع للعلاج/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> تم التعافي/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> لم يخضع للعلاج/Untreated/未治療 <input type="checkbox"/> التوقف عن العلاج/Withdrawal of treatment/治療中断	

< قائمة الأمراض/List of diseases/疾患リスト >

اسماء الأمراض /Disease names /疾患名	تصنيف الأمراض حسب الجهاز /System of disease /疾患の系統
د. أخرى /Others /その他 ج. تليف الكبد /Hepatic cirrhosis /肝硬変 ب. التهاب الكبد /Hepatitis /肝炎	① أمراض الجهاز الهضمي /Digestive disease /消化器系の疾患 أ. قرحة هضمية /Peptic ulcer /消化器潰瘍
د. قصور القلب /Heart failure /心不全 ج. اضطراب ضربات القلب /Arrhythmia /不整脈 ب. الذبحة الصدرية/احتشاء عضلة القلب /Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	② أمراض الجهاز الدوري /Circulatory system disease /循環器系の疾患 أ. ارتفاع ضغط الدم /Hypertension /高血圧
د. السل الرئوي /Pulmonary tuberculosis /肺結核 ج. التهاب رئوي /Pneumonia /肺炎 ب. مرض الانسداد الرئوي المزمن /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	③ أمراض الجهاز التنفسي /Respiratory disease /呼吸器系の疾患 أ. الربو /Asthma /喘息
د. أخرى /Others /その他 ج. التهاب المسالك البولية /Urinary tract infection /尿路感染症 ب. حصوات الكلى/البول /Renal/urinary stone /腎・尿管結石	④ أمراض الكلى والمسالك البولية /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患 أ. الفشل الكلوي المزمن /Chronic renal failure /慢性腎不全
د. أخرى /Others /その他 ج. الصرع /Epilepsy /てんかん ب. نزيف دماغي /Cerebral hemorrhage /脳出血	⑤ أمراض الدماغ والجهاز العصبي /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患 أ. احتشاء دماغي /Cerebral infarction /脳梗塞
د. فرط حمض يوريك الدم /Hyperuricemia /高尿酸血症 ج. قصور الغدة الدرقية /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 ب. فرط شحميات الدم /Hyperlipidemia /高脂血症	⑥ أمراض الغدد الصماء أو الأيضية /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患 أ. داء السكري /Diabetes mellitus /糖尿病
د. انزلاق غضروفي بين الفقرات /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア ج. التهاب عظمي مفاصلي /Osteoarthritis /変形性膝関節症 ب. هشاشة العظام /Osteoporosis /骨粗鬆症	⑦ أمراض العظام أو العضلات /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患 أ. التهاب المفاصل الروماتويدي /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ و. أخرى /Others /その他
د. أخرى /Others /その他 ج. العقم /Infertility /不妊症 ب. عسر الطمث /Dysmenorrhea /月経困難症	⑧ أمراض النساء والتوليد /Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患 أ. الأورام الليفية الرحمية /Uterine fibroids /子宮筋腫
د. أخرى /Others /その他 ج. اعتلال الشبكية /Retinopathy /網膜症 ب. الجلوكوما /Glaucoma /緑内障	⑨ أمراض العيون /Eye disease /眼の疾患 أ. إعتام عدسة العين /Cataract /白内障
د. سرطان الثدي /Breast cancer /乳がん ج. سرطان الكبد المرارة/البنكرياس/ /Liver/gallbladder /pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん ب. سرطان القولون /Colon cancer /大腸がん	⑩ الأورام الخبيثة /Malignant tumor /悪性腫瘍 أ. سرطان المعدة /Stomach cancer /胃がん و. سرطان الرئة /Lung cancer /肺癌 ز. أخرى /Others /その他
د. حساسية حبوب اللقاح /Pollen allergy /花粉症 ج. طنين الأذن /Ear noise /耳鳴 ب. دوخة /Dizziness /めまい	⑪ الأمراض العقلية /Mental disease /精神の疾患 أ. الاكتئاب /Depression /うつ病 ب. انفصام الشخصية /Schizophrenia /統合失調症
د. أخرى /Others /その他 ج. حنين الأذن /Ear noise /耳鳴 ب. دوخة /Dizziness /めまい	⑫ أمراض الأنف والأذن والحنجرة /ENT disease /耳鼻科の疾患 أ. ضعف السمع /Impaired hearing /難聴
د. أخرى /Others /その他 ج. سرطان الدم /Leukemia /白血病	⑬ أمراض الدم /Blood disease /血液の疾患 أ. فقر الدم /Anemia /貧血
د. أخرى /Others /その他 ج. سعفة القدم (مرض قدم الرياضي) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫)	⑭ أمراض الجلد /Skin disease /皮膚の疾患 أ. التهاب جلدي تحسبي /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎

هل خضعت لجراحة من قبل؟

/Have you ever had surgery?

/今までに手術をしたことがありますか。

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。

☐ نعم/Yes/はい ☐ لا/No/いいえ

المستشفى الذي أجريت فيه الجراحة /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関	تاريخ إجراء الجراحة /When you had the surgery /手術をした時期	اسم جراحتك /Name of your surgery /手術名	أسماء الأمراض /Disease names /疾患名

إذا لم تكن متأكدًا من تاريخ الجراحة الدقيق، فاكتب السنة أو العم.

/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。

هل تدخن بانتظام؟

/Do you smoke regularly?

/習慣的に、たばこを吸いますか？

كنت أدخن سابقًا

/Used to smoke

/以前吸っていた

☐

☐ نعم/Yes/はい ☐ لا/No/いいえ

سنة الإقلاع عن التدخين /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年	مدة التدخين /Duration of smoking /喫煙期間	مقدار السجائر التي يتم تدخينها /Cigarette consumption /喫煙量
_____ سنة/Year/年 _____ شهر/Month/月	_____ سنة/Year/年	_____ سيجارات/اليوم /cigarettes/Day /本/日

إذا كنت لا تزال مدخنًا، فترك السؤال الخاص بالسنة التي أوقعت فيها عن التدخين فارغًا.

/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。

هل تشرب الكحول بانتظام؟

/Do you drink regularly?

/習慣的にお酒を飲みますか？

كنتُ معتادًا على الشرب بانتظام

/Used to drink regularly

/以前飲酒する習慣があった。

☐

☐ نعم/Yes/はい ☐ لا/No/いいえ

☐ _____ Whisky/ウイスキー	_____ ml/ml /يوم/Day/日	☐ _____ البيرة/Beer/ビール	_____ ml/ml /يوم/Day/日
☐ _____ نبيذ/Wine/ワイン	_____ ml/ml /يوم/Day/日	☐ _____ ساكي ياباني/Japanese sake/日本酒	_____ ml/ml /يوم/Day/日
		☐ _____ أخرى/Other(s)/その他	_____ ml/ml /يوم/Day/日

إذا كنت أنثى، فأجيبني على الأسئلة أدناه. هل أنت حامل، أو من المحتمل أن تكوني حاملًا؟

/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？

☐

☐ لا أعرف/Do not know/わからない

☐ نعم/Yes/はい ☐ لا/No/いいえ

هل ترضعين طفلك رضاعة طبيعية؟

/Are you breastfeeding?

/現在、授乳中ですか？

☐ نعم/Yes/はい ☐ لا/No/いいえ

إذا كان لديك أي استفسار خاص بخصوص الاستشارة، فيرجى وضع علامة في المربع

/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。

☐ 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。

☐ 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。

☐ Other(s)/その他 :

أعدت هذه الترجمة العربية تحت إشراف أطباء أو خبراء قانونيين أو غيرهم. وفي حال وجود أي اختلاف في التفسير بسبب اختلافات دقيقة في اللغات أو الأنظمة ذات الصلة، تُعطى الأولوية للنسخة اليابانية الأصلية.

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.

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。