

患者氏名：

患者 ID：

Medical Questionnaire (Dentistry)/歯科 問診票

Please check the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。

Patient name/ 患者氏名		Date/ 日付	year	month	day
			/ 年	/ 月	/ 日
Date of birth/ 生年月日	year/ 年	month/ 月	day/ 日	Sex/ 性別	<input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女
Height and weight/ 身長・体重	cm	kg	Age/ 年齢	years old/ 歳	
Language/ 言語			Nationality/ 国籍		

Living condition/ 生活状況

- With family member(s) who require nursing care/ 介護しなければならない家族がいる
 Have young children/ 幼い子どもがいる
 Aged household/ 高齢者世帯
 Living alone/ 独居
 Single parent/ 母子家庭
 Other/ その他()

Employment/ 職業

- Full-time/ 常勤雇用
 Part-time/ パートタイム
 Self-employed/ 自営業
 Retired/ 退職
 Unemployed/ 無職

Where is the problem?/ どこ具合が悪いですか？

- Decayed tooth/ 虫歯
 False tooth/ 入れ歯
 Wisdom tooth/ 親知らず
 Gums/ 歯ぐき
 Tongue/ 舌
 Lips/ くちびる
 Cheek/ 頬
 Jaw joint/ あごの関節
 Below the jaw/ あごの下
 Occlusion (contact between upper and lower teeth)/ かみあわせ
 Other/ その他()

What symptoms do you have?/ どのような症状ですか？

- Pain/ 痛い
 Swelling/ 腫れている
 Sensitive tooth/ しみる
 Pus/ うみがでる
 Bleeding/ 血が出る
 Irritation/ 荒れている
 A filling has come out/ つめ物がとれた
 Bad breath/ 口臭
 Dryness/ 乾く
 Difficulty in opening the mouth/ 口が開きにくい
 Other/ その他()

When did the symptoms start?/ それはいつからですか？

Since approximately: _____year/ 年 _____month/ 月 _____day/ 日ごろから

Have you ever had a tooth removed?/ 歯を抜いたことがありますか？

- Yes/ はい
 No/ いいえ

Your request for the treatment/ 治療に対する希望

- I would like to have the entire damaged area treated./ 悪いところはすべて治したい
 I would like to have only the teeth that currently hurt treated./ 今痛い歯だけを治したい
 I do not mind paying for treatment that is not covered by insurance./ 自費診療でもかまわない
 I would like to have only treatment that is covered by insurance./ 保険の範囲内で治したい
 I would like to decide after discussing it with somebody./ 相談して決めたい

Are you currently undergoing treatment for any diseases?/ 現在治療している病気はありますか？

- Yes/ はい(Disease/ 病名: _____)
 No/ いいえ

*Please fill in the reverse side of the all pages as well, where necessary./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

Are you allergic to any foods or medications?/ 薬や食べ物でアレルギーがでますか？

- Yes/ はい → Medication/ 薬 Food/ 食べ物 Other/ その他()
- No/ いいえ

Are you currently taking any medications?/ 現在飲んでいる薬はありますか？

- Yes/ はい → Please show us the medications if you have them with you./ 持っていれば見せてください
- No/ いいえ

Have you previously had any of the diseases listed below?/ 今までにかかった病気はありますか？

- Gastrointestinal disease/ 胃腸の病気 Liver disease/ 肝臓の病気 Heart disease/ 心臓の病気
- Kidney disease/ 腎臓の病気 Respiratory disease/ 呼吸器の病気 Blood disease/ 血液の病気
- Brain / neurological disease/ 脳・神経系の病気 Cancer/ 癌
- Thyroid gland disease/ 甲状腺の病気 Diabetes/ 糖尿病 Other/ その他()

How old were you when you became ill?/ それは何歳の時ですか？

Age: ____ (years old)/ 歳

Do you smoke?/ たばこを吸いますか？

- Yes/ 吸う → Current amount/ 現在: ____cigarettes/day/ 本/日 Duration/ 喫煙歴: __years/年
- No, but I used to./ 以前吸っていた → Previous amount/ 過去: ____cigarettes/day/ 本/日 Duration/ 喫煙歴: __years/年
- No/ 吸わない

Do you drink alcohol?/ お酒を飲みますか？

- Yes/ はい → _____mL/day/ ml/日 No/ いいえ

Have you ever had any surgery?/ 手術を受けたことがありますか？

- Yes/ はい No/ いいえ

When was the surgery?/ いつごろですか？

Approximately: _____year/ 年 ____month/ 月 (type of surgery/ 手術名: _____)

Have you ever had any anesthesia?/ 麻酔を受けたことがありますか？

- Yes/ はい → General anesthesia/ 全身麻酔 Local anesthesia/ 局所麻酔
- No/ いいえ

Did you have any problems related to the anesthesia?/ 麻酔をして何かトラブルがありましたか？

- Yes/ はい No/ いいえ

Have you ever had a blood transfusion?/ 輸血を受けたことがありますか？

- Yes/ はい No/ いいえ

Did you have any problems related to a blood transfusion?/ 輸血をして何かトラブルがありましたか？

- Yes/ はい No/ いいえ

Is there a possibility that you are pregnant?/ 妊娠していますか、またその可能性はありますか？

- Yes/ はい → ____months pregnant/ ヶ月 I do not know/ わからない No/ いいえ

Are you breastfeeding?/ 授乳中ですか？

- Yes/ はい No/ いいえ

Will you be able to bring an interpreter with you in the future?/ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか？

- Yes/ はい No/ いいえ