

## Dental Questionnaire/歯科 問診票

Name of patient /患者氏名		For staff only /医療機関記入欄	BT=	℃
Date of birth /生年月日 (西暦)	Year/年      Month/月      Day/日 (                      Years old/歳)		PR=	/分
Height/Weight/身長・体重	_____ cm      kg		BP=	mmHg
Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Medicine/薬:		RR=	/分
			SPO2=	%
		Sex/性別	<input type="checkbox"/> Male/男性	<input type="checkbox"/> Female/女性

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。)

- Toothache/歯痛     Gum pain/歯茎の痛み     Jaw pain/顎の痛み     Loss of a tooth filling/詰め物がとれた     Loose teeth/歯がグラグラする     Bleeding from the gum/歯茎からの出血  
 Loose/tight dentures/入れ歯が合わない     Dry mouth/口が渇く     Oral ulcer/口内炎     Oral swelling/できもの     Tongue pain/舌痛  
 Oral odor/口臭     Dental bite problem/かみ合わせ     plaque/歯石     Teeth whitening/歯を白くしたい     Teeth alignment/歯並び  
 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)  
 Other(s)/その他:

When did the symptom start?

/上記症状はいつからありますか。

\_\_\_\_\_ Year/年    \_\_\_\_\_ Month/月    \_\_\_\_\_ Day/日    From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ am/pm  
午前・午後      時      分ごろから

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。

- No/いいえ     Yes/はい    **\*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。
- Had difficulty with anesthesia/麻酔が効きにくかった     Had a fever/熱が出た     Had difficulty stopping bleeding/血が止まりにくかった  
 Other(s)/その他:

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。

- No/いいえ     Yes/はい    **\*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。

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

**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？**

No/いいえ  Yes/はい

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。

Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Treatment progress /治療経過	Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療

**<List of diseases/疾患リスト>**

System of disease /疾患の系統	Disease names /疾患名
① Digestive disease /消化器系の疾患	a. Peptic ulcer /消化器潰瘍    b. Hepatitis/肝炎    c. Hepatic cirrhosis /肝硬変    d. Others/その他
② Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hypertension/高血圧    b. Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞    c. Arrhythmia/不整脈    d. Heart failure/心不全    e. Others/その他
③ Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma/喘息    b. Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患    c. Pneumonia /肺炎    d. Pulmonary tuberculosis /肺結核    e. Others/その他
④ Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Chronic renal failure /慢性腎不全    b. Renal/urinary stone /腎・尿管結石    c. Urinary tract infection /尿路感染症    d. Others/その他
⑤ Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction /脳梗塞    b. Cerebral hemorrhage /脳出血    c. Epilepsy/てんかん    d. Others/その他
⑥ Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /糖尿病    b. Hyperlipidemia /高脂血症    c. Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害    d. Hyperuricemia /高尿酸血症    e. Others/その他
⑦ Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Rheumatoid arthritis /関節リウマチ    b. Osteoporosis /骨粗鬆症    c. Osteoarthritis /変形性膝関節症    d. Herniated intervertebral discs/椎間板ヘルニア    e. Gout/痛風 f. Others/その他
⑧ Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids /子宮筋腫    b. Dysmenorrhea /月経困難症    c. Infertility/不妊症    d. Others/その他
⑨ Eye disease /眼の疾患	a. Cataract/白内障    b. Glaucoma/緑内障    c. Retinopathy/網膜症    d. Others/その他
⑩ Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Stomach cancer/胃がん    b. Colon cancer/大腸がん    c. Liver/gallbladder /pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん    d. Breast cancer/乳がん    e. Uterine cancer/子宮がん f. Lung cancer/肺癌    g. Others/その他
⑪ Mental disease /精神の疾患	a. Depression/うつ病    b. Schizophrenia /統合失調症    c. Others/その他
⑫ ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Impaired hearing /難聴    b. Dizziness/めまい    c. Ear noise/耳鳴    d. Pollen allergy/花粉症    e. Others/その他
⑬ Blood disease /血液の疾患	a. Anemia/貧血    b. Leukemia/白血病    c. Others/その他
⑭ Skin disease /皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎    b. Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫)    c. Others/その他

**Have you ever had surgery?**

/今までに手術をしたことがありますか。

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい

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。

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※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。

**Do you smoke regularly?**

/習慣的に、たばこを吸いますか？

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい
- 
- Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年	_____Year/年 _____Month/月

\*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。

**Do you drink regularly?**

/習慣的にお酒を飲みますか？

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい
- 
- Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

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

**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？

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

**Are you breastfeeding?**

/現在、授乳中ですか？

- 
- No/いいえ
- 
- Yes/はい

**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：