

カルテNo. _____

Dental questionnaire

令和 _____

歯科問診票

Please Check the appropriate boxes.

あてはまるところにチェックを入れてください。

Patient name 氏名		Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male 男性 <input type="checkbox"/> Female 女性 <input type="checkbox"/> other その他
address 住所	〒 _____	Date of birth 生年月日	_____ year/年 _____ month/月 _____ day/日
		Telephone number 電話番号	_____ - _____ <input type="checkbox"/> mobile phone <input type="checkbox"/> home phone
Place of work 勤務先		Easy to contact phone number 連絡つきやすい番号	_____ - _____ <input type="checkbox"/> mobile phone <input type="checkbox"/> home phone

This information will be useful for future medical treatment,
so please fill in as much information as possible.
今後の診療に役立つ資料となりますので、わかる範囲でご記入ください

Where is the problem ? (Multiple answers possible)	どこのぐあいがわるいですか？ (複数回答可)
<input type="checkbox"/> :Decayed tooth 虫歯	<input type="checkbox"/> :Gums 歯茎
<input type="checkbox"/> :Tongue 舌	<input type="checkbox"/> :Cheek 頬
<input type="checkbox"/> :Jaw joint 顎の関節	<input type="checkbox"/> :Wisdom teeth 親知らず
<input type="checkbox"/> :occlusion (contact between upper and lower teeth) かみ合わせ	
<input type="checkbox"/> :Other その他 ()	<input type="checkbox"/> :teeth 歯
	<input type="checkbox"/> Lips 唇
	<input type="checkbox"/> :False tooth 義歯
What symptoms so you have? (Multiple answers possible)	どのような症状ですか？ (複数回答可)
<input type="checkbox"/> :Pain 痛み	<input type="checkbox"/> :Swelling 腫れている
<input type="checkbox"/> :Bleeding 血が出る	<input type="checkbox"/> :Sensitive tooth しみる
<input type="checkbox"/> :difficulty in opening the mouth 口が開きにくい	<input type="checkbox"/> :Pus 膿が出る
<input type="checkbox"/> :Other その他 ()	<input type="checkbox"/> :Bad Breth 口臭
When did the symptoms do you have? 症状が出たのはいつ頃からですか？	Since approximately : _____ Year/年 _____ month/月 _____ day/日頃から
Where are the symptoms? 症状がある場所はどこですか？	<input type="checkbox"/> Front teeth 前歯
	<input type="checkbox"/> Upper side 上側
	<input type="checkbox"/> Back teeth 奥歯
	<input type="checkbox"/> Lower side 下側
	<input type="checkbox"/> wisdom teeth 親知らず
	<input type="checkbox"/> other ()
Have you ever had dental treatment? 歯科治療を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> Yes ある
	<input type="checkbox"/> No ない
Have you ever felt sick from dental anesthesia? 歯科麻酔で気分悪くなった経験がありますか	<input type="checkbox"/> Yes ある
	<input type="checkbox"/> No ない

<p>Do you find it difficult to stop bleeding? 血が止まりにくかったことがありますか</p>	<input type="checkbox"/> Yes ある <input type="checkbox"/>No ない	
<p>Do you have any allergies? アレルギーはありますか?</p>	<input type="checkbox"/> Yes ある <input type="checkbox"/> No ない	<input type="checkbox"/> :Food 食物 () <input type="checkbox"/> :Metal 金属 () <input type="checkbox"/> :Medication 薬 () <input type="checkbox"/> :Other その他 ()
<p>Do you have any hope for treatment? 治療についての希望はありますか? (Multiple answers possible)</p>	<input type="checkbox"/> I want you to treat only the areas of concern. 気になるところのみ治療してほしい <input type="checkbox"/> I want to fix all the bad things. 悪い所を全部治したい <input type="checkbox"/> I would like to receive treatment within the scope of insurance treatment. 保険治療の範囲で治療希望 <input type="checkbox"/> I would like to consider self-pay treatment if necessary. 必要に応じて自費治療も検討したい	
<p>Are you currently receiving treatment for any illness or have you had any illness in the past? (Multiple answers possible) 現在通院している病気や、過去にかかったことのある病気はありますか？(複数回答可)</p> <p> <input type="checkbox"/>cerebral infarction 脳梗塞 <input type="checkbox"/>heart disease 心臓病 <input type="checkbox"/>high blood pressure 高血圧 <input type="checkbox"/>thyroid disease 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/>diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/>liver disease 肝臓病 <input type="checkbox"/>osteoporosis 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/>infectious disease 感染症 (B/C hepatitis 肝炎、HIV) <input type="checkbox"/>kidney disease 腎臓病 <input type="checkbox"/>artificial dialysis 人工透析 <input type="checkbox"/>Other その他 () </p>		
<p>Are you currently taking any medications? (If you have a medicine notebook, please hand it to the reception desk) Multiple answers possible</p> <p>現在飲まれているお薬はありますか お薬手帳お持ちであれば受付にお渡しください</p>	<input type="checkbox"/> Yes→ <input type="checkbox"/> blood pressure medicine 血圧の薬 () <input type="checkbox"/> heart disease medicine 心臓病の薬 () <input type="checkbox"/> diabetes medicine 糖尿病の薬 () <input type="checkbox"/> Osteoporosis medicine 骨粗しょう症の薬 () <input type="checkbox"/> blood thinner medicine 血流をよくする薬 () <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> other ()	
<p>Have you ever been hospitalized? 今までに入院したことはありますか?</p>	<input type="checkbox"/> Yes はい Disease Name _____ <input type="checkbox"/> No いいえ Since when? _____	
<p>Have you ever had a blood transfusion? 輸血したことはありますか?</p>	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
<p>Are you currently pregnant? 現在妊娠していますか?</p>	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> I don't know わからない	
<p>Which day of the week is most likely to come? いつ来院しやすいですか?</p>	<p style="text-align:center">Tue / Wed / Fri / Thu / Fri / Sat</p>	