

あてはまるものに
チェックしてください请在符合 ☒ 您的状况的项目处打上记号

読み方:

姓名

☐ 男☐ 女

出生年月日

年

月

日

年齢

国籍

住所
住址電話
电话

-

-

健康保険証を持っていますか?

是否持有健康保险证

☐ はい
有☐ いいえ
无言葉
语言☐ Japanese ☐ English ☐ 中文 ☐ 한국 ☐ Español
☐ Português ☐ Italiano ☐ Français ☐ Deutsch宗教上の理由などにより配慮が必要な項目
因宗教原因需要特别照顾的事项

您是初次来本院就诊吗?

☐ 是 はい☐ 否 いいえ

当院の受診は初めてですか

您是否持有转诊单 / 介绍信?

☐ 是☐ 否

紹介状はありますか

您是否有预约?

☐ 是☐ 否

予約はしていますか

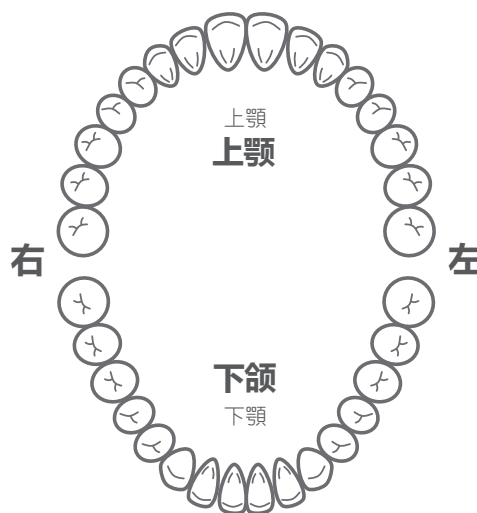
有何症状?

どういったことでお困りですか

☐ 牙痛 歯が痛い☐ 填充物脱落 つめものが取れた☐ 治疗齲齿 むし歯を治してほしい☐ 牙齿矫正 歯並びを治したい☐ 安装假牙 入れ歯を作りたい☐ 假牙坏了 入れ歯が壊れた☐ 牙龈疼痛 歯ぐきが痛い☐ 去掉牙石, 牙垢 歯石・歯垢の除去☐ 牙齿敏感 しみる☐ 口臭 口臭☐ 肿胀 腫れている☐ 皸裂 荒れている☐ 出血 血が出る☐ 流脓 膿が出る☐ 口腔検査 検診☐ 张口困难 口が開きにくい☐ 其他 その他 ()

出现症状的部位

どこの具合が悪いですか

☐ 虫牙, 蛀牙 むし歯☐ 义齿 入れ歯☐ 智齿 親知らず☐ 牙龈 歯ぐき☐ 口唇 くちびる☐ 面部 頬☐ 舌部 舌☐ 下颌关节 あごの関節☐ 咬合 かみ合わせ☐ 下颌下方 あごの下☐ 其他 その他 ()歯を抜いたことがありますか
是否拔过牙?☐ 是☐ 否

发病时间

症状はいつからですか

从 年 月 日 开始

ごろから

对治疗有何要求?

治療に関する希望

☐ 治疗全部坏牙 悪いところはすべて治したい☐ 仅治疗现在疼痛的牙 今痛い歯だけを治したい☐ 同意自费治疗 自費診療でもかまわない☐ 在保险范围内进行治疗 保険の範囲内で治したい☐ 与医生商量后决定 相談して決めたい

牙科 问诊表

問診票

请在符合 ☒ 您的状况的项目处打上记号 あてはまるものにチェックしてください

是否有药物或食物过敏史

薬や食べ物でアレルギーが出ますか

☐ はい
☐ 有☐ 薬☐ 食べ物
☐ 食物☐ その他
☐ 其他 ()☐ いいえ
☐ 无

是否正在服药?

現在飲んでいる薬はありますか

☐ はい
☐ 是☐ 持っていれば見せてください
如随身携带, 请给医生看一下☐ いいえ
☐ 否

是否有过因麻醉引起的不良反应?

麻酔をして何かトラブルがありましたか

☐ 是

()

☐ 否

现在是否正在怀孕或可能怀孕

妊娠、またはその可能性はありますか

☐ 是☐ 几个月 ヶ月☐ 否

是否正在哺乳

授乳中ですか

☐ 是☐ 否

以前是否患过以下疾病?

今までにかかった病気はありますか

☐ 胃腸の病気
☐ 肠胃病☐ 肝臓の病気
☐ 肝脏病☐ 心臓の病気
☐ 心脏病☐ 腎臓の病気
☐ 肾脏病☐ 結核
☐ 结核病☐ 糖尿病
☐ 糖尿病☐ 喘息
☐ 哮喘☐ 高血圧症
☐ 高血压☐ エイズ
☐ 艾滋病☐ 甲状腺の病気
☐ 甲状腺疾病☐ 梅毒
☐ 梅毒☐ コロナウィルス
☐ 新冠肺炎☐ その他
☐ 其他 ()

有没有正在治疗的疾病

現在治療している病気はありますか

☐ 有

()

☐ 无通訳の希望
是否需要翻译☐ 需要☐ 不需要今後、通訳をご自身で連れてくることはできますか
今后能否自带翻译来院就诊?☐ 是☐ 否