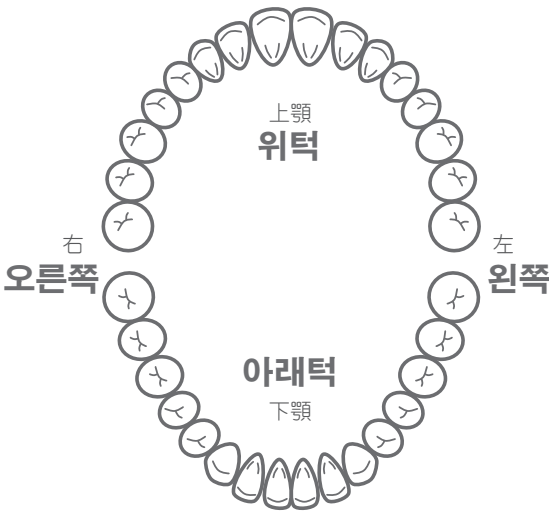


あてはまるものに
チェックしてください해당 항목에 ☒ 를 해 주십시오

読み方:

お名前 이름		<input type="checkbox"/> 男性 남		<input type="checkbox"/> 女性 여	
生年月日 생년월일		年 년	月 월	日 일	年齢 나이
住所 주소		電話 전화번호			
健康保険証を持っていますか? 의료보험증을 가지고 있습니까		宗教上の理由などにより配慮が必要な項目 종교적인 이유로 특별한 주의가 필요한 사항			
言葉 언어					
<input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 한국 <input type="checkbox"/> Español					
<input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Deutsch					

저희 병원 치료는 처음입니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	当院の受診は初めてですか
소개장은 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	紹介状はありますか
예약은 하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	予約はしていますか

어떠한 증상입니까? どういったことでお困りですか	
<input type="checkbox"/> 이가아프다 歯が痛い <input type="checkbox"/> 이를 때웠던 것이 빠졌다 つめものが取れた <input type="checkbox"/> 충치를 치료하고 싶다 むし歯を治してほしい <input type="checkbox"/> 치석제거 歯石・歯垢の除去 <input type="checkbox"/> 의치(틀니)를 만들고 싶다 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 입냄새 口臭 <input type="checkbox"/> 잇몸이아프다 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 치열을 교정하고 싶다 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 시리다 しみる <input type="checkbox"/> 의치가 망가졌다 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 부어 있음 腫れている <input type="checkbox"/> 거칠어짐 荒れている <input type="checkbox"/> 피가 나다 血が出る <input type="checkbox"/> 고름이 나옴 膿が出る <input type="checkbox"/> 검진 検診 <input type="checkbox"/> 입 벌리기가 어려움 口が開きにくい <input type="checkbox"/> 그외 その他 ()	
이상을 느끼는 곳은 어디입니까? どこの具合が悪いですか	
<input type="checkbox"/> 충치 むし歯 <input type="checkbox"/> 틀니 入れ歯 <input type="checkbox"/> 사랑니 親知らず <input type="checkbox"/> 잇몸 歯ぐき <input type="checkbox"/> 입술 くちびる <input type="checkbox"/> 볼 頬 <input type="checkbox"/> 혀 舌 <input type="checkbox"/> 턱 관절 あごの関節 <input type="checkbox"/> 교합 かみ合わせ <input type="checkbox"/> 턱 밑 あごの下 <input type="checkbox"/> 그외 その他 ()	歯を抜いたことがありますか 이를 뽑은 적은 있습니까 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

언제부터 증상이 일어났습니까 症状はいつからですか
年 月 日 무렵부터 ごろから

치료에 대한 희망이 있습니까 治療に関する希望
<input type="checkbox"/> 나쁜 부분은 전부 치료하고 싶다 悪いところはすべて治したい <input type="checkbox"/> 지금 아픈 이빨만 치료하고 싶다 今痛い歯だけを治したい <input type="checkbox"/> 사비진료라도 상관없다 自費診療でもかまわない <input type="checkbox"/> 보험범위내에서 치료하고 싶다 保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 상담해서 결정하고 싶다 相談して決めたい

치과 설문지

問診票

해당 항목에 ☒ 를 해 주십시오 あてはまるものにチェックしてください

약이나 음식에 알레르기가 있습니까?

薬や食べ物でアレルギーが出ますか

☐ 예 ☐ 아니오

はい ☐ 예 ☐ 약 ☐食べ物 ☐음식 ☐ 그외 () ☐ いいえ ☐ 아니오

현재 복용하시는 약은 있습니까?

現在飲んでいる薬はありますか

☐ 예 ☐ 아니오

持っていれば見せてください ☐ 예 ☐ 아니오

가지고 계신다면 보여 주십시오

마취를 받았을 때 뭔가 문제가 있었습니까?

麻酔をして何かトラブルがありましたか

☐ 예 ☐ 아니오

()

임신하셨습니까? 또는 그 가능성은 있습니까?

妊娠、またはその可能性はありますか

☐ 예 ☐ 아니오

개월 月

수유 중입니까?

授乳中ですか

☐ 예 ☐ 아니오

지금까지 걸린 병은 있습니까?

今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> 위장 관련 병	<input type="checkbox"/> 간장 관련 병	<input type="checkbox"/> 심장 관련 병
<input type="checkbox"/> 신장 관련 병	<input type="checkbox"/> 결핵	<input type="checkbox"/> 당뇨병
<input type="checkbox"/> 천식	<input type="checkbox"/> 고혈압증	<input type="checkbox"/> 에이즈
<input type="checkbox"/> 갑상선의 병	<input type="checkbox"/> 매독	<input type="checkbox"/> 코로나19
<input type="checkbox"/> 그외 ()		

胃腸の病気 肝臓の病気 心臓の病気
腎臓の病気 結核 糖尿病
喘息 高血圧症 エイズ
甲状腺の病気 梅毒 コロナウィルス
その他の

현재 치료 중인 질환은 있습니까?

現在治療している病気はありますか

☐ 예 ☐ 아니오

()

통역의希望
통역이 필요하신가요?

☐ 필요 ☐ 불필요

今後、通訳をご自身で連れてくることはできますか
앞으로 자신이 직접 통역자와 함께 병원에 같이 올 수 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오