

## Medical Questionnaire

## 問診票

\_\_\_\_年

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日

読み方:

あてはまるものに  
チェックしてください  
Check ☒ all corresponding answers.

お名前 Name		<input type="checkbox"/> 男性 Male	<input type="checkbox"/> 女性 Female
生年月日 Date of birth	____年 ____月 ____日 year month day	年齢 Age	国籍 Nationality
住所 Address		電話 Phone	
健康保険証を持っていますか? Do you have health insurance?		宗教上の理由などにより配慮が必要な項目 Special requirements for religious reasons	
言葉 Language			
<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			

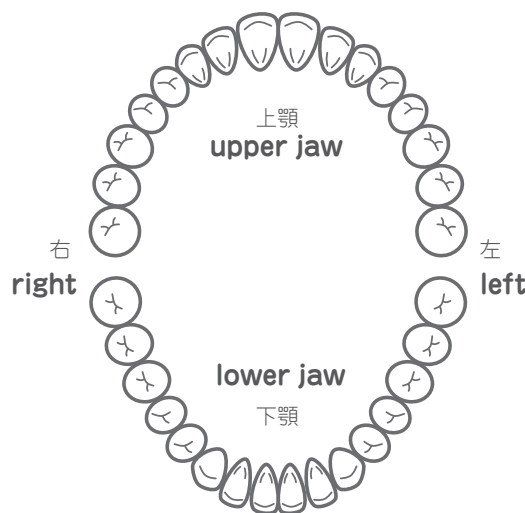
Is this your first visit to this hospital/clinic?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	当院の受診は初めてですか
Do you have a referral letter?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	紹介状はありますか
Do you have an appointment?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	予約はしていますか

## What are your symptoms? どういったことでお困りですか

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toothache 歯が痛い                          | <input type="checkbox"/> Filling fell out つめものが取れた |
| <input type="checkbox"/> Cavity むし歯を治してほしい                       | <input type="checkbox"/> Crooked teeth 歯並びを治したい    |
| <input type="checkbox"/> New dentures 入れ歯を作りたい                   | <input type="checkbox"/> Broken dentures 入れ歯が壊れた   |
| <input type="checkbox"/> Gums hurt 歯ぐきが痛い                        | <input type="checkbox"/> Teeth cleaning 歯石・歯垢の除去   |
| <input type="checkbox"/> Sensitive tooth しみる                     | <input type="checkbox"/> Bad breath 口臭             |
| <input type="checkbox"/> Swelling 腫れている                          | <input type="checkbox"/> Irritation 荒れている          |
| <input type="checkbox"/> Bleeding 血が出る                           | <input type="checkbox"/> Pus 膿が出る                  |
| <input type="checkbox"/> Difficulty in opening the mouth 口が開きにくい | <input type="checkbox"/> Teeth check-up 検診         |
| <input type="checkbox"/> Others その他 ( _____ )                    |  |

## Where is the problem? どこのが具合が悪いですか

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> decayed tooth むし歯                                       | <input type="checkbox"/> False tooth 入れ歯    | <input type="checkbox"/> Wisdom tooth 親知らず |
| <input type="checkbox"/> Gums 歯ぐき  | <input type="checkbox"/> Tongue 舌           | <input type="checkbox"/> Lips くちびる         |
| <input type="checkbox"/> Jaw joint あごの関節   | <input type="checkbox"/> Below the jaw あごの下 | <input type="checkbox"/> Cheek 頬           |
| <input type="checkbox"/> Occlusion (contact between upper and lower teeth) かみ合わせ |   |  |
| <input type="checkbox"/> Others その他 ( _____ )                                    |   |  |

歯を抜いたことがありますか  
Have you ever had a tooth removed?☐ Yes ☐ No

## When did the symptoms start?

症状はいつからですか

Since approximately: \_\_\_\_ year \_\_\_\_ month \_\_\_\_ day ごろから

## Your preferences for treatment

治療に関する希望

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

# Medical Questionnaire

## 問診票

Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

☐ はい ☐ 薬 ☐ 食べ物 ☐ その他 ( ) ☐ いいえ  
☐ Yes ☐ medication ☐ food ☐ others

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

☐ Yes ▶ 持っていれば見せてください If you have any with you now, please show them to me. ☐ No

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか

☐ Yes ( \_\_\_\_\_ ) | ☐ No

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠、またはその可能性はありますか

☐ Yes  months ケ月 ☐ No

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか

☐ Yes ☐ No

What illnesses have you had in the past?

今までにかかった病気はありますか

☐ 胃腸の病気  
Stomach and intestinal disorder

☐ 腎臓の病気  
Kidney disease

☐ 喘息  
Asthma

☐ 甲状腺の病気  
Thyroid problems

☐ その他  
Others(

☐ 肝臓の病気  
Liver disease

☐ 結核  
Tuberculosis

☐ 高血圧症  
High blood pressure

☐ 梅毒  
Syphilis

☐ 心臓の病気  
Heart disease

☐ 糖尿病  
Diabetes

☐ エイズ  
AIDS/HIV

☐ コロナウィルス  
COVID-19

)

Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか

☐ Yes ( \_\_\_\_\_ ) | ☐ No

通訳の希望 <b>Interpreter request</b>	今後、通訳をご自身で連れてくることはできますか <b>Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit?</b>
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

\*Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.