

## Medical Questionnaire (Dentistry) / 歯科問診票

Date/ 日付

Year /年 Month /月 Day /日

Patient's name/ 患者氏名		Sex/ 性別	<input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女
Date of birth/ 生年月日	Year/ 年      Month/ 月      Day/ 日	Age/ 年齢	years old/ 歳
Language/ 言語		Nationality/ 国籍	
Address/ 住所	Zip code / 〒	E-mail	
		Home phone number	
		Mobile phone number	
Company name/ 勤務先		TEL	
How did you get to know about us? /何をご覧になって来院されましたか?	<input type="checkbox"/> Referred by someone / 紹介 (Name of the person who referred you/紹介者 <input type="checkbox"/> Internet /インターネット <input type="checkbox"/> Signboard /看板 <input type="checkbox"/> Other/ その他(      )	Blood type 血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB

Please tick the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。

## 1. What is the problem?/ どの具合が悪いですか?

- Decayed tooth/ 虫歯     Dentures/ 入れ歯     Wisdom tooth/ 親知らず  
 Gums/ 歯ぐき     Tongue/ 舌     Lips/ くちびる  
 Cheek/ 頬     Jaw joint/ あごの関節     Lower jaw/ あごの下  
 Occlusion (contact between upper and lower teeth)/ かみあわせ     Other/ その他(      )

## 2. What symptoms do you have?/ どのような症状ですか?

- Pain/ 痛い     Swelling/ 腫れている     Sensitive tooth/ しみる  
 Pus/ うみがでる     Bleeding/ 血が出る     Irritation/ 荒れている  
 A filling has come out/ つめ物がとれた     Bad breath/ 口臭     Dry mouth/ 乾く  
 Difficulty in opening your mouth/ 口が開きにくい     Other/ その他(      )

## 3. Are you currently undergoing treatment for any illnesses?/ 現在治療している病気はありますか?

- Yes/ はい (Illness/ 病名: \_\_\_\_\_)  
 No/ いいえ

## 4. Are you allergic to any food or medications?/ 薬や食べ物でアレルギーがでますか?

- Yes/ はい →     Medication/ 薬     Food/ 食べ物     Other/ その他(      )  
 No/ いいえ

## 5. Are you currently taking any medications?/ 現在飲んでる薬はありますか?

- Yes/ はい → Please show us the medications if you have them with you./ 持っていれば見せてください  
 No/ いいえ

## 6. Have you previously had any of the illnesses listed below?/ 今までにかかった病気はありますか?

- Gastrointestinal disease/ 胃腸の病気     Liver disease/ 肝臓の病気     Heart disease/ 心臓の病気  
 Kidney disease/ 腎臓の病気     Respiratory disease/ 呼吸器の病気     Blood disease/ 血液の病気  
 Brain / neurological disease/ 脳・神経系の病気     Cancer/ 癌  
 Thyroid gland disease/ 甲状腺の病気     Diabetes/ 糖尿病     Other/ その他(      )

## 7. Have you ever had any problems related to a blood transfusion?/ 輸血をして何かトラブルがありましたか?

- Yes/ はい     No/ いいえ

## 8. Have you ever had any anesthetic?/ 麻酔を受けたことがありますか?

- Yes/ はい →  General anesthetic/ 全身麻酔     Local anesthetic/ 局所麻酔  
 No/ いいえ

## 9. Is there a possibility that you are pregnant?/ 妊娠していますか、またその可能性はありますか?

- Yes/ はい → months pregnant/ ヶ月     I do not know/ わからない     No/ いいえ

## 10. Your request for the treatment/ 治療に対する希望

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