

Medical Questionnaire(Dentistry)/歯科 問診票

Name/患者氏名 \_\_\_\_\_ year 年 \_\_\_\_\_ month 月 \_\_\_\_\_ day 日  
Date of birth/生年月日 \_\_\_\_\_ year/年 \_\_\_\_\_ month/月 \_\_\_\_\_ day/日 Date/日付 /年 /月 /日  
Sex/性別 Male/男 Female/女

Please check all corresponding answers. /あてはまるものにチェックしてください。

Where is your problem?/どこの具合が悪いですか？

cavity/虫歯 denture/入れ歯 wisdom tooth/親知らず gums/歯ぐき tongue/舌 lip/くちびる cheek/頬  
jaw joint/あごの関節 below the jaw/あごの下 bite problems/かみあわせ others/その他 ( )

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  
inflammation/荒れている・炎症 filling fell out/詰め物がとれた bad breath/口臭  
dry mouth/乾く difficulty in opening mouth/口が開きにくい others/その他 ( )

How long have you had these problems?/それはいつからですか？

Since : \_\_\_\_\_ year/年 \_\_\_\_\_ month/月 \_\_\_\_\_ day/日ごろから

Have you ever had a tooth removed?/歯を抜いたことがありますか？

Yes/はい No/いいえ

Your preferences for treatment/治療に対する希望

I want to have all of my problems treated./悪いところすべて治したい  
I prefer to have only my painful teeth treated./今痛い歯だけを治したい  
I'll pay for treatment that is not covered by insurance./自費診療でもかまわない  
I want to have only treatment that is covered by insurance./保険の範囲内で治したい  
I want to decide after discussing with the doctor./相談して決めたい

Are you currently being treated for any diseases?/現在治療している病気はありますか？

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

Are you allergic to any food or medication?/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 Others/その他 ( \_\_\_\_\_ ) No/いいえ

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

Yes/はい → \_\_\_\_\_ If you have any with you, please show them to us./持っていれば見せてください  
No/いいえ

Have you ever had any diseases listed below?/今までにかかった病気はありますか？

stomach and intestinal 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 problems/甲状腺の病気 diabetes/糖尿病 others/その他 ( \_\_\_\_\_ )

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

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

Have you ever had any problems with anesthesia?/麻酔をして何かトラブルはありましたか？

Yes/はい No/いいえ

Have you ever had a blood transfusion?/輸血を受けたことがありますか？

Yes/はい No/いいえ

Have you ever had any problems with blood transfusion?/輸血をして何かトラブルはありましたか？

Yes/はい No/いいえ

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy?/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 / \_\_\_\_\_ カ月 I'm not sure/わからない No/いいえ

Are you currently breastfeeding?/授乳中ですか？

Yes/はい No/いいえ