

MEDICAL QUESTIONNAIRE

English / 英語

あおき歯科 問診票

year/ 年

month/ 月

day/ 日

Name お名前		<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)
Address 住所		〒			
Phone 電話	home/ 自宅		Email メールアドレス		
	mobile/ 携帯				
Name of Company/School 勤務先 / 学校名					

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

How did you find out our clinic? 当院を知ったきっかけは何ですか？

- near your house/office (家 / 職場から近い) searched on web (インターネットで検索した)
- introduce by your family/friend (家族 / 友人の紹介) Others (その他)

Where is the problem? どの具合が悪いですか？

- Decayed tooth/ 虫歯 False tooth/ 入れ歯 Wisdom tooth / 親知らず Gums/ 歯ぐき
- Tongue/ 舌 Lips / 唇 Cheek / 頬 Jaw joint / あごの関節
- Occlusion (contact between upper and lower teeth)/ 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 Bleeding/ 血が出る
- Bad breath/ 口臭 Dryness / 乾く A filling has come out / つめ物が取れた
- Difficulty in opening the mouth/ 口が開きにくい Others/ その他 ()

When was the last time you had dental treatment? 最後に歯科医院を受診したのはいつ頃ですか？

- within 6 months/ 半年以内 within 1 year/ 1年以内 within 2 year/ 2年以内 before than/ それ以前

How is your health recently? あなたの健康状態はいかがですか？

- Good/ 良い Normal/ ふつう Bad/ 悪い ()

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

- Heart disease (心臓病) Liver disease (肝臓病) Kidney disease (腎臓病)
- Thyroid gland disease (甲状腺) Brain / neurological disease (脳・神経の病気) asthma (ぜんそく)
- Blood disease (血液の病気) Diabetes(糖尿病) anemia (貧血)
- Others/ その他 ()

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

- Yes (はい) : () No (いいえ)

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

- Yes (はい) : () No (いいえ)

Please fill in the second sheet →

Are you allergic to any foods 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 ()
 No (いいえ)

Do you have any artificial organs, such as a pacemaker? ペースメーカーなどの人工臓器を使用していますか？

- Yes (はい) No (いいえ)

Do you smoke? たばこを吸いますか？

- Yes (はい) : () cigarettes a day / 1日に〇本
 No (いいえ)

(Question for female) About pregnant 妊娠について

- No (いいえ) pregnant / 妊娠中 : () months pregnant / ヶ月
 having infertility treatment / 不妊治療中 breastfeeding / 授乳中 I don't know / わからない

When do you brush your teeth? いつ歯を磨きますか？

- morning / 朝 afternoon / 昼 night / 夜 sometimes / たまに磨く
 don't brush / 磨かない

How long does it take to brush your teeth? 歯磨きにどのくらい時間をかけますか？

(minutes/ 分)

Do you use tools other than toothbrushes? 歯ブラシ以外の道具を使いますか？

- Yes (はい) : () No (いいえ)

Your preferences for treatment 治療に対する希望

- I prefer to have only my painful teeth treated right now. (今痛い歯だけを治したいです)
 I want to have all of my teeth problems fixed. (悪いところは全て治したいです)
 I prefer to have only first-aid treatment. (応急処置だけを希望します)
 I want to decide the treatment after consulting with the doctor. (相談して決めたいです)

Your preferences for doctor's fee 治療費に対する希望

- I would like to have only treatment that is covered by insurance. (保険の範囲内で治したい)
 I do not mind paying for treatment that is not covered by insurance. (自費診療でもかまわない)
 I want to decide the treatment after consulting with the doctor. (相談して決めたいです)

If you have any questions, please add comments in below. 質問がある場合、下記にコメントをご記入ください

That's all , thank you for filling out this sheet.

Please submit this sheet at the reception desk and wait in the waiting area until your name is called.