

# MEDICAL QUESTIONNAIRE

English / 英語

## こども歯科問診票

year/年

month/月

day/日

Name お名前	nickname/愛称 ( )	<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		
Guardian Name 保護者のお名前			
School 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)

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

- pain (痛い)  filling fell out (詰め物がとれた)  cavity (虫歯)  crooked teeth (歯並びが気になる)
- fluoride treatment (フッ素を塗ってほしい)  something strange with dental bite (噛み合わせが気になる)
- teeth check-up (検診)  injured (お口の中をケガした)  Others (その他)

### Have you ever had dental treatment? 今まで歯の治療を受けたことがありますか？

- Yes (はい) Age: years old/歳  No (いいえ)

### How were you when had dental treatment? 治療を受けたときの様子はいかがでしたか？

- calm (落ち着いていた)  cry (泣いた)  refuse (嫌がった / 拒否した)
- violence (暴れた)  Others / don't know (その他 / わからない)

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

- Yes (はい) Age: years old/歳  No (いいえ)

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

- Yes (はい) Age: years old/歳  No (いいえ)

### Is it hard for you to stop bleeding? 血が止まりにくいですか？

- Yes (はい)  No (いいえ)

### 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)  pneumonia (肺炎)
- tuberculosis (結核)  tonsils (扁桃腺)  measles (はしか)  asthma (ぜんそく)
- atopy (アトピー性皮膚炎)  Others(その他): ( )

Please fill in the second sheet →

**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) : Disease/ 病名 ( )  
 No (いいえ)

**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)

**How many times a day do you brush your teeth?** 一日に何回歯を磨きますか？

- ( ) time(s) / 回  morning / 朝  afternoon / 昼  night / 夜

**Is there anyone who brush your teeth?** あなたの歯を磨く(仕上げ磨きをする)人はいますか？

- Yes (はい)  No (いいえ)

**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)

**About how to eat snacks** おやつを食べ方について

- Number of times/ 回数**  ( ) time(s) a day / 1日に〇回  not decided / 決めていない  
**Time/ 時間**  decided / 決めている  not decided / 決めていない  
**What kind of snack do you eat?/ おやつの種類** ( )

**What kind of drink do you mainly drink?** 主にどんな飲み物を飲みますか？

( )

**Do you have a habit?** クセはありますか？

- sucking thumb (指しゃぶり)  biting nails (爪を噛む)  tooth grinding (歯ぎしり)  
 biting lip (唇を噛む)  pacifier (おしゃぶり)  Mouth breathing (口呼吸)

**Is there anyone who have crooked teeth in your family?** 家族の中で歯並びが悪い人がいますか？

- Yes (はい) : **Relationship/ 続柄** ( )  
 No (いいえ)

**(Question for parents) What if your child have dental treatment?** あなたのお子様が生治療を受けるとどうなりますか？

- calm (落ち着いていると思う)  scare (怖がると思う)  cry (泣くと思う)  
 resist (抵抗すると思う)  don't know (わからない)  Others (その他) : ( )

**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 want to decide the treatment after consulting with the doctor. (相談して決めたいです)

**(Question for parents) What should we do when your child cry or refuse?** お子様が生治療中に泣いたりぐずったとき

- Stop treatment. (治療をやめてほしい)  Continue depending on the situation (様子を見て続けてほしい)  
 Continue even if she/he resist. (抵抗しても続けてほしい)

**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.