

口腔科问诊表

齒科問診票

年 月 日

姓名 名前	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
住址 住所	电话 電話	
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか		
<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ		
国籍		

有何症状?	どうしましたか
<input type="checkbox"/> 牙痛→请回答 (<input type="checkbox"/> 遇冷热酸痛 しみる <input type="checkbox"/> 咬合时疼痛 噛むと痛い 歯が痛い—お答えください <input type="checkbox"/> 夜间疼痛 夜に痛い <input type="checkbox"/> 持续疼痛 ずっと痛い)	
<input type="checkbox"/> 充填物脱落詰め物が取れ <input type="checkbox"/> 牙龈疼痛 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 口臭	
<input type="checkbox"/> 假牙损坏入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 牙石, 牙垢 歯石、歯垢 <input type="checkbox"/> 其他 その他	
有何要求?	なにをしたいですか
<input type="checkbox"/> 治疗虫牙虫歯を治療した <input type="checkbox"/> 安装假牙入れ歯を作りた <input type="checkbox"/> 矫正牙列歯並びを直したい	
<input type="checkbox"/> 口腔检查 歯科検診 <input type="checkbox"/> 牙齿清洗 クリーニング <input type="checkbox"/> 其他 その他	
是否拔过牙?	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否有药物或食物过敏史	薬や食物でアレルギーを生じることがありますか
<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<input type="checkbox"/> 有 はい→	<input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 其他 その他
是否正在服药?	現在毎日飲んでいる薬がありますか
<input type="checkbox"/> 否 いいえ	
<input type="checkbox"/> 是 はい→	如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください
请问女性患者	女性に聞きます
现在是否正在怀孕或可能怀孕	妊娠していますか、また可能性はありますか
<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい→	几个月 何ヶ月
是否正在哺乳	授乳中ですか
<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい	
迄今为止曾患过何种疾病?	今までにかかった病気はありますか
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 结核病 結核 <input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症	
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 哮喘 喘息	
<input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ <input type="checkbox"/> 其他 その他	
所患疾病是否已治愈?	その病気は治りましたか
<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい	
是否有过因麻醉引起的不良反应?	麻酔をして何かトラブルがありましたか
<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ	
对治疗有何要求?	治療に対する希望
<input type="checkbox"/> 治疗全部坏牙 悪いところを全て治す <input type="checkbox"/> 仅治疗现在疼痛的牙 今痛んでいる歯だけ治す	
<input type="checkbox"/> 自费治疗也可以 自費診療でもかまわな <input type="checkbox"/> 在保险范围内进行治疗 保険範囲内での治療	
<input type="checkbox"/> 与医生商量后再定 先生と相談の上決める	