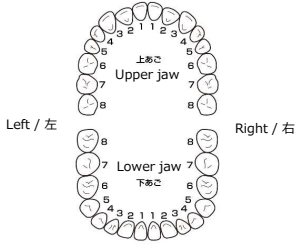


問 診 票

◆Name / 名前	◆Date of Birth / 誕生日	◆Sex	<input type="checkbox"/> Male / 男 <input type="checkbox"/> Female / 女
◆Address / 住所	◆Phone / 電話番号		
◆Do you have health insurance? / 健康保険を持っていますか	<input type="checkbox"/> No / ない <input type="checkbox"/> Yes / ある	◆Nationality	
◆What is the problem? / 今日 (きょう) はどうしましたか			
<input type="checkbox"/> Cavity / 虫歯 (むしば) <input type="checkbox"/> Chipped / 歯 (は) が欠 (か) けた <input type="checkbox"/> Filling came out / 詰 (つ) め物 (もの) が取 (と) れた <input type="checkbox"/> Pull out tooth / 抜歯 (ぼっし) <input type="checkbox"/> Remove the tartar / 歯石取 (しせきと) り <input type="checkbox"/> Checkup / 歯科検診 (しかけんしん) <input type="checkbox"/> Sensitive tooth / 歯 (は) がしみる <input type="checkbox"/> Wobbly tooth / 歯 (は) がグラグラする <input type="checkbox"/> Others / その他 (た)		*Please mark below where you feel the symptom *その箇所に丸印を付けてください	
◆How long have you had the problem? / それはいつ頃 (ごろ) からですか			
<input type="checkbox"/> Yesterday / きのう <input type="checkbox"/> Day before Yesterday / 一昨日 <input type="checkbox"/> 3 days ago / 3日前 <input type="checkbox"/> 1 week ago / 1週間前 <input type="checkbox"/> 1 month ago / 1か月前			
◆Do you have an illness that you are currently treating or have had in the past? 今 (いま) 治療中 (ちりょうちゅう) の病気 (びょうき)、または、過去 (かこ) にかかった病気はありますか?			
<input type="checkbox"/> No / ない <input type="checkbox"/> Yes / ある <input type="checkbox"/> Brain disease / 脳 (のう) の病気 <input type="checkbox"/> Kidney disease / 腎臓 (じんぞう) の病気 <input type="checkbox"/> Hyperlipidemia / 高脂血症 (こうしけっしょう) <input type="checkbox"/> Lung disease / 肺 (はい) の病気 <input type="checkbox"/> Tuberculosis / 結核 (けっかく) <input type="checkbox"/> Stomach and intestinal disease / 胃腸 (いちょう) の病気 <input type="checkbox"/> Diabetes / 糖尿病 (とうりょうびょう) <input type="checkbox"/> Liver disease / 肝臓 (かんぞう) の病気 <input type="checkbox"/> Asthma / 喘息 (ぜんそく) <input type="checkbox"/> Heart disease / 心臓 (しんぞう) の病気 <input type="checkbox"/> High blood pressure / 高血圧症 (こうけつあつしょう) <input type="checkbox"/> Cancer / 癌 (がん) <input type="checkbox"/> Other / その他 (た)			
◆Are there any medicines you are taking? / 今 (いま) 飲 (の) んでいるお薬 (くすり) はありますか?			
<input type="checkbox"/> No / ない <input type="checkbox"/> Yes / ある ⇒ <input type="checkbox"/> Do you have medical notebook? / お薬 (くすり) 手帳 (てちょう) をお持 (も) ちですか? If you have it with you now, please show me medical notebook or medicine. / 持 (も) っていれば見 (み) せてください			
◆Do you have any allergies? / 薬 (くすり) や食 (た) べ物 (もの) にアレルギーはありますか?			
<input type="checkbox"/> No / ない <input type="checkbox"/> Yes / ある ⇒			
◆Ask woman / 女性 (じょせい) の方 (かた) にお聞 (き) きます。			
<input type="checkbox"/> Are you pregnant? Or is chance that you are pregnant? 妊娠中 (にんしんちゅう) ですか。その可能性 (かのうせい) がありますか。		<input type="checkbox"/> No / ない <input type="checkbox"/> Yes / はい How many weeks? / ____ 週目 (しゅうめ)	
<input type="checkbox"/> Are you currently breastfeeding? / 授乳中 (じゅにゅうちゅう) ですか		<input type="checkbox"/> No / ない <input type="checkbox"/> Yes / はい	
◆Which one do you apply, Coverd by insurance or not? / 保険適用 (ほけんてきよう) が自由診療 (じゆうしんりょう)、どちらをご希望ですか。 *There is a difference between treatment options and the amount to pay. Coverd by insurance pays 30% of the treatment cost. Not covered by insurance pays 100% of the treatment cost.			
<input type="checkbox"/> Coverd by insurance / 保険適用 (ほけんてきよう) <input type="checkbox"/> Not covered by insurance / 自由診療 (じゆうしんりょう) <input type="checkbox"/> I don't Know that difference. / 違 (ちが) いが分 (わ) からない。			