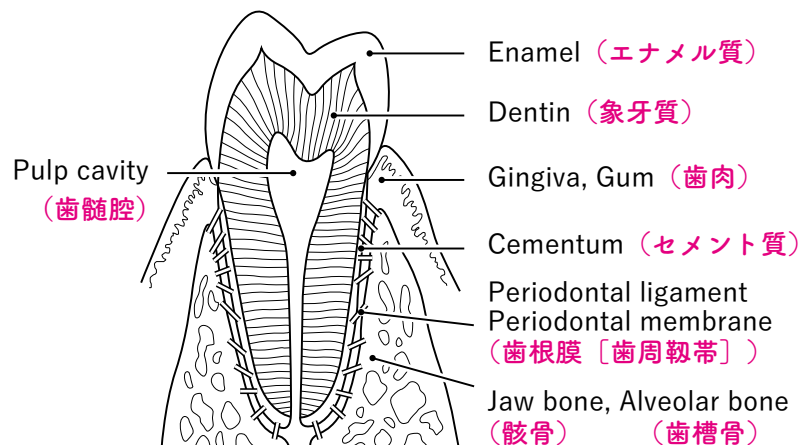
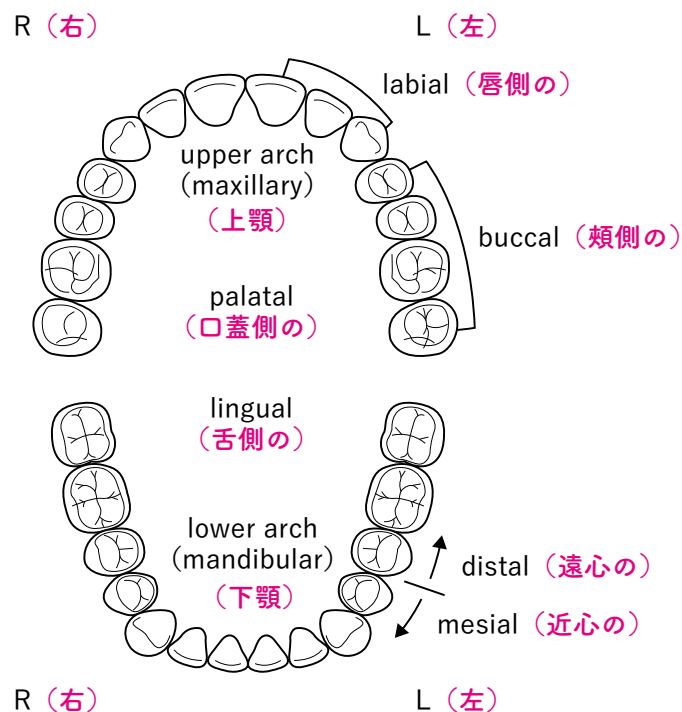


歯の名称



歯科問診票

English/英語

患者氏名 :
患者 ID :

Medical Questionnaire (Dentistry)/歯科 問診票

Please check the appropriate boxes/ あてはまるものにチェックしてください。

| | | | | | |
|---------------------------------|------------------------|-----------------|----------------|----------------|---|
| Patient name/ 患者氏名 | | Date/ 日付 | year 年 | month 月 | day 日 |
| Date of birth/ 生年月日 | year/ 年 | month/ 月 | day/ 日 | Sex/ 性別 | <input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女 |
| Height and weight/ 身長・体重 | cm | kg | Age/ 年齢 | years old/ 歳 | |
| Language/ 言語 | Nationality/ 国籍 | | | | |

Living condition/ 生活状況

☐ With family member(s) who require nursing care/ 介護しなければならない家族がいる ☐ Have young children/ 幼い子どもがいる

☐ Aged household/ 高齢者世帯 ☐ Living alone/ 独居 ☐ Single parent/ 母子家庭

☐ Other/ その他()

Employment/ 職業

☐ Full-time/ 常勤雇用 ☐ Part-time/ パートタイム ☐ Self-employed/ 自営業

☐ Retired/ 退職 ☐ Unemployed/ 無職

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/ くちびる

☐ Cheek/ 頬 ☐ Jaw joint/ あごの関節 ☐ Below the jaw/ あごの下

☐ Occlusion (contact between upper and lower teeth)/ かみあわせ ☐ Other/ 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 ☐ Irritation/ 荒れている

☐ A filling has come out/ つめ物がとれた ☐ Bad breath/ 口臭 ☐ Dryness/ 乾く

☐ Difficulty in opening the mouth/ 口が開きにくい ☐ Other/ その他()

When did the symptoms start?/ それはいつからですか?

Since approximately: _____ 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 request for the treatment/ 治療に対する希望

☐ I would like to have the entire damaged area treated./ 悪いところはすべて治したい

☐ I would like to have only the teeth that currently hurt treated./ 今痛い歯だけを治したい

☐ 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 would like to have only treatment that is covered by insurance./ 保険の範囲内で治したい

☐ I would like to decide after discussing it with somebody./ 相談して決めた

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

*Please fill in the reverse side of the all pages as well, where necessary./ 必要面もご記入ください。

1 / 2

歯科 問診票 : 2014年3月初版

(厚生労働省: 外国人向け他言語説明資料一覧 (16) 歯科問診票より転載 2014年)

| | | |
|---|-----------------|---------|
|  | enamel | ▶ エナメル質 |
|  | gingiva | ▶ 歯肉 |
|  | gingival sulcus | ▶ 歯肉溝 |
|  | groove | ▶ 溝 |
|  | incisor | ▶ 切歯 |
|  | labial | ▶ 唇側の |
|  | lateral incisor | ▶ 側切歯 |
|  | lingual | ▶ 舌の、舌側 |
|  | mandible | ▶ 下顎（骨） |
|  | margin | ▶ 辺縁 |
|  | maxilla | ▶ 上顎（骨） |
|  | maxillofacial | ▶ 顎骨顔面の |
|  | molar | ▶ 臼歯 |
|  | mucosa | ▶ 粘膜 |
|  | palatal | ▶ 口蓋の |
|  | premolar | ▶ 小臼歯 |
|  | pulp | ▶ 歯髄 |
|  | root canal | ▶ 根管 |
|  | saliva | ▶ 唾液 |
|  | skeletal | ▶ 骨格の |
|  | structure | ▶ 構造 |
|  | tissue | ▶ 組織 |
|  | wisdom tooth | ▶ 智歯 |
|  | anesthesia | ▶ 麻酔 |



治療関係

| | | |
|---|--------------------|-------------|
|  | calculus | ▶ 歯石 |
|  | diagnosis | ▶ 診断 |
|  | examination | ▶ 予診、診査 |
|  | explanation | ▶ 説明 |
|  | extract | ▶ 抜く |
|  | fill | ▶ 充填する |
|  | fluoridation | ▶ フッ素配合 |
|  | impression | ▶ 印象 |
|  | inject | ▶ 注射する、注入する |
|  | operation | ▶ 手術、処置 |
|  | periodontal pocket | ▶ 歯周ポケット |
|  | plaque | ▶ 歯垢 |
|  | postoperative | ▶ 手術後の |
|  | prescribe | ▶ 処方する |
|  | preventive | ▶ 予防的な |
|  | reconstruction | ▶ 修復 |
|  | root planing | ▶ 歯根平滑化 |
|  | scaling | ▶ 歯石除去 |
|  | treatment | ▶ 治療、処置 |

問 73

Problems in the teeth can effect () in the body.

- a organs b diagram c organisms
d overdose e apparatus

問 74

Adjustment of fixed appliances is necessary for proper ().

- a suction b jaw c occlusion
d vacuum e stress

問 75

() is biofilm that form on teeth.

- a fever b bar c molecule
d polymer e plaque

問 76

Communication is important in establishing rapport between the () and the dentist.

- a doctor b client c servant
d patient e customer

問 77

Premolars and molars are () teeth.

- a inferior b posterior c interior
d anterior e superior

問 73 正答

a

歯の問題は、体中の () に影響を与える。

- a 臓器 b 図形 c 有機体
d 過剰投与 e 装置

問 74 正答

c

固定装置の調整は、適切な () が必要である。

- a 吸引 b 顎 c 咬合
d 真空 e 圧力

問 75 正答

e

() は、歯の上に行けるバイオフィルムである。

- a 熱 b バー c 分子
d 高分子 e 歯垢

問 76 正答

d

コミュニケーションは、() と歯科医師の間のラポールを構築するために重要である。

- a 医師 b 顧客 c 使用人
d 患者 e 顧客

※ rapport 「対人関係」

問 77 正答

b








小臼歯と大臼歯は () 歯である。

- a 劣った b 後部の c 内部の
d 前部の e 上位の

歯科衛生士の方も必須の基礎単語です！

基礎単語 編

| | | |
|---|------------|------------|
|  | abnormal | ▶ 異常な |
|  | absence | ▶ 欠乏 |
|  | absorption | ▶ 吸収 |
|  | ache | ▶ 痛む、痛み |
|  | activate | ▶ 活性化する |
|  | adaptation | ▶ 適応、適合 |
|  | adhesion | ▶ 付着力 |
|  | aging | ▶ 加齢 |
|  | allergy | ▶ アレルギー |
|  | analysis | ▶ 分析 |
|  | apparatus | ▶ 装置 |
|  | artificial | ▶ 人工的な |
|  | avoid | ▶ 避ける |
|  | axis | ▶ 軸 |
|  | bacteria | ▶ 細菌 |
|  | basic | ▶ 基礎の、塩基性の |
|  | benign | ▶ 良性の |
|  | bleed | ▶ 出血する |
|  | breakdown | ▶ 破損 |

| | | |
|---|-----------------|----------|
|  | bur | ▶ バー |
|  | cancer | ▶ 癌 |
|  | carbohydrate | ▶ 炭水化物 |
|  | casting | ▶ 鋳造物 |
|  | cellular | ▶ 細胞（質）の |
|  | ceramic | ▶ 陶材の |
|  | characteristic | ▶ 特有の |
|  | chemically | ▶ 化学的に |
|  | chew | ▶ 咬む |
|  | chief complaint | ▶ 主訴 |
|  | cleaning | ▶ （歯牙）清掃 |
|  | cleft palate | ▶ 口蓋裂 |
|  | clench | ▶ 食いしばる |
|  | clinician | ▶ 臨床医 |
|  | comparatively | ▶ 比較的 |
|  | compatibility | ▶ 適合性 |
|  | compression | ▶ 圧縮 |
|  | conclusion | ▶ 終結、結論 |
|  | condition | ▶ 条件、状態 |
|  | confirmation | ▶ 確定 |
|  | contamination | ▶ 汚染 |
|  | contrary | ▶ 反対の |
|  | contrast | ▶ 対照 |