

STOMATOLOGIJA

し か もんしんひょう
歯科問診票Hrvatski
クロアチア語Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina 年

Mjesec 月

Dan 日

Prezime i ime 名前		<input type="checkbox"/> Muškarac 男	<input type="checkbox"/> Žena 女
Datum rođenja 生年月日	_____ Godina 年 _____ Mjesec 月 _____ Dan 日	Telefon 電話	
Adresa 住所			
Imate li zdravstveno osiguranje? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Državljanstvo 国籍		Jezik 言葉	

Simptomi どうしましたか				
<input type="checkbox"/> Zubobolja 歯が痛い	<input type="checkbox"/> Plomba je pala つめ物がとれた	<input type="checkbox"/> Nelagoda u zubnom mesu 歯ぐきが痛い		
<input type="checkbox"/> Karijes 虫歯を治してほしい		<input type="checkbox"/> Želim novu zubnu protezu 入れ歯を作りたい		
<input type="checkbox"/> Zubalo je puknuto 入れ歯がこわれた		<input type="checkbox"/> Želim da mi se poravnaju zubi 歯並びを治したい		
<input type="checkbox"/> Pregled svih zubi 検診	<input type="checkbox"/> Čišćenje zubnog kamenca 歯石・歯こうを取りたい	<input type="checkbox"/> Zadah 口臭		
<input type="checkbox"/> Drugi その他				
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか				
<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Lijek 薬	<input type="checkbox"/> Jelo 食べ物	<input type="checkbox"/> Drugi その他	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Uzimate li lijek sada? 現在飲んでいる薬はありますか				
<input type="checkbox"/> Da はい	Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Da li ste imali neki problem s anestezijom? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Da li su vam izvađeni neki zubi? 歯を抜いたことがありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? 妊娠していますか、またその可能性はありますか				
<input type="checkbox"/> Da はい	→ _____ Mjeseci ヶ月	<input type="checkbox"/> Ne いいえ		
Dojite li sada dijete? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Kakve ste bolesti imali ranije? 今までにかかった病気はありますか				
<input type="checkbox"/> Želučana i crijevna bolest 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Bolest jetre 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Srčana bolest 心臓の病気		
<input type="checkbox"/> Bubrežna bolest 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Tuberkuloza 結核	<input type="checkbox"/> Šećerna bolest 糖尿病	<input type="checkbox"/> Astma ぜんそく	
<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak 高血圧症	<input type="checkbox"/> SIDA エイズ	<input type="checkbox"/> Bolest štitne žlijezde 甲状腺の病気		
<input type="checkbox"/> Sifilis 梅毒	<input type="checkbox"/> Drugi その他			
Liječite li trenutno bilo koju bolest? 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Kakvo liječenje želite? 治療に対する希望				
<input type="checkbox"/> Želim ispraviti sve loše zube. 悪いところは全て治したい				
<input type="checkbox"/> Hoću izliječiti samo najgoru zubu. 今痛い歯だけを治したい				
<input type="checkbox"/> Plaćam sve troškove sami. 自費診療でもかまわない				
<input type="checkbox"/> Želim izliječiti samo u okviru osiguranja. 保険の範囲内で治したい				
<input type="checkbox"/> Odlučim se posle konsultacije s doktorom. 相談して決めたい				
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか				
<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ			