

Cochez  la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年

Mois 月

Jour 日

Nom 名前		<input type="checkbox"/> Homme 男	<input type="checkbox"/> Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか			
<input type="checkbox"/> mal de dent 歯が痛い	<input type="checkbox"/> plombage détaché つめ物がとれた	<input type="checkbox"/> mal de gencive 歯ぐきが痛い	
<input type="checkbox"/> dent gâtée 虫歯を治してほしい	<input type="checkbox"/> dent artificielle 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> dent artificielle cassée 入れ歯がこわれた	
<input type="checkbox"/> soins de mauvaise dents 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> examen médical des dents 検診		
<input type="checkbox"/> détartrage 歯石・歯こうを取りたい	<input type="checkbox"/> mauvaise haleine 口臭	<input type="checkbox"/> autres その他	
Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → <input type="checkbox"/> médicaments 薬	<input type="checkbox"/> aliments 食べ物	<input type="checkbox"/> autres その他	<input type="checkbox"/> Non いいえ
Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → Si vous en avez, montrez les moi. 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> Non いいえ		
Avez-vous eu des problèmes sous anesthésie? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ
On vous a extrait des dents? 歯を抜いたことがありますか		<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ
Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → _____ mois ケ月	<input type="checkbox"/> Non いいえ		
Allaitiez-vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> maladie hépatique 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> maladie cardiaque 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> maladie rénale 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberculose 結核	<input type="checkbox"/> diabète 糖尿病	<input type="checkbox"/> asthme ぜんそく
<input type="checkbox"/> hypertension 高血圧症	<input type="checkbox"/> SIDA エイズ	<input type="checkbox"/> problème thyroïdien 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> syphilis 梅毒
<input type="checkbox"/> autres その他			
Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Vos préférences de traitement 治療に対する希望			
<input type="checkbox"/> Je veux traiter toutes mes dents malades. 悪いところは全て治したい			
<input type="checkbox"/> Je veux que l'on soigne seulement les dents qui me font souffrir. 今痛い歯だけを治したい			
<input type="checkbox"/> Je vais prendre en charge tous les frais. 自費診療でもかまわない			
<input type="checkbox"/> Je veux que tous les traitements soient inclus dans les clauses de mon contrat d'assurance. 保険の範囲内で治したい			
<input type="checkbox"/> Je veux décider du traitement après avoir consulté le médecin. 相談して決めたい			
Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ			