

ZAHNMEDIZIN

し か もんしんひょう
歯科問診票

Deutsch
ドイツ語

Bitte alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください

Jahr 年

Monat 月

Tag 日

Name 名前		<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Ja はい	<input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Grund des Arztbesuchs どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen 歯が痛い	<input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnfüllung つめ物がとれた	<input type="checkbox"/> Zahnfleischschmerzen/Parodontose 歯ぐきが痛い	<input type="checkbox"/> Karies 虫歯を治してほしい
<input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz 入れ歯がこわれた	<input type="checkbox"/> Um meinen Zahnzustand korrigieren zu lassen 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung 検診	<input type="checkbox"/> Entfernung von Zahnstein/Zahnbelag 歯石・歯こうを取りたい
<input type="checkbox"/> Mundgeruch 口臭	<input type="checkbox"/> Sonstiges その他		
Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい → <input type="checkbox"/> Medikamente 薬	<input type="checkbox"/> Lebensmittel 食べ物	<input type="checkbox"/> Sonstiges その他	<input type="checkbox"/> Nein いいえ
Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください			<input type="checkbox"/> Nein いいえ
Hatten Sie schon einmal eine Narkose? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Ja はい	<input type="checkbox"/> Nein いいえ
Wurde Ihnen bereits ein Zahn gezogen? 歯を抜いたことがありますか		<input type="checkbox"/> Ja はい	<input type="checkbox"/> Nein いいえ
Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい → _____ Monat ヶ月		<input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> Ja はい	<input type="checkbox"/> Nein いいえ
Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Leberkrankheiten 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> Nierenkrankheiten 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Tuberkulose 結核	<input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/> Asthma ぜんそく
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS エイズ	<input type="checkbox"/> Hals(Schilddrüse) 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> Syphilis 梅毒
<input type="checkbox"/> Sonstiges その他			
Werden Sie derzeit wegen einer Krankheit behandelt? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Ja はい	<input type="checkbox"/> Nein いいえ
Behandlungswünsche 治療に対する希望			
<input type="checkbox"/> Behandlung aller betroffenen Zähne. 悪いところは全て治したい			
<input type="checkbox"/> Behandlung nur der schmerzenden Zähne. 今痛い歯だけを治したい			
<input type="checkbox"/> Ich bin bereit, alle anfallenden Kosten zu tragen. 自費診療でもかまわない			
<input type="checkbox"/> Behandlung nur soweit wie von der Krankenversicherung abgedeckt. 保険の範囲内で治したい			
<input type="checkbox"/> Behandlung nach Rücksprache mit dem Arzt. 相談して決めたい			
Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい		<input type="checkbox"/> Nein いいえ	

