

BAGIAN GIGI

し か もんしんひょう
歯科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun ねん 年 bulan がつ 月 tanggal にち 日

nama 名前		<input type="checkbox"/> Laki-laki 男	<input type="checkbox"/> perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ya はい	<input type="checkbox"/> tidak いいえ	
warga negara 国籍		bahasa 言葉	

Apa masalah anda? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> sakit gigi 歯が痛い	<input type="checkbox"/> tambalan lepas つめ物がとれた	<input type="checkbox"/> gusi sakit 歯ぐきが痛い	
<input type="checkbox"/> Ingin menyembuhkan gigi berlubang 虫歯を治してほしい	<input type="checkbox"/> membuat gigi palsu 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> gigi palsu rusak 入れ歯がこわれた	<input type="checkbox"/> membetulkan gigi 歯並びを治したい
<input type="checkbox"/> membersihkan karang gigi 歯石・歯こうを取りたい	<input type="checkbox"/> Bau mulut 口臭	<input type="checkbox"/> periksa gigi 検診	<input type="checkbox"/> lainnya その他
Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> ya はい	→ <input type="checkbox"/> obat 薬	<input type="checkbox"/> makanan 食べ物	<input type="checkbox"/> lainnya その他
<input type="checkbox"/> tidak いいえ			
Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください			
<input type="checkbox"/> tidak いいえ			
Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> ya はい	<input type="checkbox"/> tidak いいえ
Apakah Anda pernah cabut gigi? 歯を抜いたことがありますか		<input type="checkbox"/> ya はい	<input type="checkbox"/> tidak いいえ
Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> ya はい	→ _____ bulan 月	<input type="checkbox"/> tidak いいえ	
Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ
Anda pernah punya penyakit apa? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> penyakit limpa 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> penyakit jantung 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> penyakit ginjal 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> TBC 結核	<input type="checkbox"/> kencing manis 糖尿病	<input type="checkbox"/> asma ぜんそく
<input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS エイズ	<input type="checkbox"/> kelenjar gondok 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> sipilis 梅毒
<input type="checkbox"/> lainnya その他			
Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ
Pilihan pengobatan 治療に対する希望			
<input type="checkbox"/> Semua bagian yang rusak diperbaiki. 悪いところは全て治したい			
<input type="checkbox"/> Menyembuhkan bagian yang sakit saja. 今痛い歯だけを治したい			
<input type="checkbox"/> Membayar secara pribadi/tanpa asuransi 自費診療でもかまわない			
<input type="checkbox"/> Pengobatan dengan menggunakan asuransi kesehatan. 保険の範囲内で治したい			
<input type="checkbox"/> Memutuskan berobat setelah konsultasi dengan dokter. 相談して決めたい			
Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ			