

치과 문진표

歯科問診票

한국 · 조선어
韓国 · 朝鮮語

해당 항목에 를 해 주십시오. あてはまるものにチェックしてください

년 年

월 月

일 日

이름 名前			<input type="checkbox"/> 남 男	<input type="checkbox"/> 여 女
생년월일 生年月日	_____ 년 年 _____ 월 月 _____ 일 日	전화번호 電話番号		
주소 住所				
의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ		
국적 国籍	언어 言葉			

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> 이가 아프다 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 이를 때웠던 것이 빠졌다 つめ物がとれた	<input type="checkbox"/> 잇몸이 아프다 歯ぐきが痛い	
<input type="checkbox"/> 충치를 치료하고 싶다 虫歯を治してほしい	<input type="checkbox"/> 임치(틀니) 를 만들고 싶다 入れ歯を作りたい		
<input type="checkbox"/> 임치가 망가졌다 入れ歯がこわれた	<input type="checkbox"/> 치열을 교정하고 싶다 歯並びを治したい		
<input type="checkbox"/> 검진 検診	<input type="checkbox"/> 치석제거 歯石・歯こうを取りたい	<input type="checkbox"/> 입냄새 口臭	<input type="checkbox"/> 그외 その他
약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> 예 はい → <input type="checkbox"/> 약 薬	<input type="checkbox"/> 음식물 食べ物	<input type="checkbox"/> 그외 その他	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
현재 복용 중인 약이 있습니까? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> 예 はい → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	
과거에 마취해서 문제가 생긴 적이 있습니까? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
이를 뽑은 적이 있습니까? 歯を抜いたことがありますか		<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
현재 임신 중 입니까? 임신일 가능성이 있습니까? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> 예 はい → _____ 개월 ヶ月		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	
수유 중 입니까 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
지금까지 어떤 병을 앓았습니까? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> 위장질환 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 간장병 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 심장병 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 신장병 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 결핵 結核	<input type="checkbox"/> 당뇨병 糖尿病	<input type="checkbox"/> 천식 ぜんそく	<input type="checkbox"/> 고혈압 高血圧症
<input type="checkbox"/> 에이즈 エイズ	<input type="checkbox"/> 갑상선 질병 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 매독 梅毒	<input type="checkbox"/> 그외 その他
현재 치료 중인 병이 있습니까? 예 아니오? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
어떤 치료를 원하십니까? 治療に対する希望			
<input type="checkbox"/> 나쁜 부분은 전부 치료하고 싶다 悪いところは全て治したい			
<input type="checkbox"/> 지금 아픈 이빨만 치료하고 싶다 今痛い歯だけを治したい			
<input type="checkbox"/> 사비진료라도 상관없다 自費診療でもかまわない			
<input type="checkbox"/> 보험범위 내에서 치료하고 싶다 保険の範囲内で治したい			
<input type="checkbox"/> 상담해서 결정하고 싶다 相談して決めたい			
앞으로 자신이 직접 통역자와 함께 병원에 같이 올 수 있습니까? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> 예 はい		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	