

پرسشنامه بخش دندان

歯科問診票

فارسی
پهلشیاچا

مباردای که به شما مربوط می شوند را تیک بزنید

سال ماه روز

| | |
|---|--|
| نام و نام خانوادگی <small>なまえ 名前</small> | <input type="checkbox"/> مرد <small>おとこ</small> <input type="checkbox"/> زن <small>おんな</small> |
| تاریخ تولد <small>せいねんがつび 生年月日</small> | سال <input type="text"/> ماه <input type="text"/> روز <input type="text"/> |
| آدرس <small>しゅうしょ 住所</small> | تلفن <small>でんわ 電話</small> |
| آیا بیمه درمانی دارید؟ <small>けんこう ぼけん 健康保険</small> | <input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small> |
| ملیت <small>こくせき 国籍</small> | زبان <small>ことば 言葉</small> |

چگونه ناراحتی دارید؟

دندان درد میکند は いた 歯が痛い دندان خالی شده つめものがとれた دندان گدازد は ぐきが いた 歯ぐきが痛い کرم خوردن むしぼ 虫歯を治してほしい

می خواهم دندان مصنوعی بسازند 入れ歯を作りたい ام شکسته 入れ歯がこわれた

می خواهم دندانهایم را مرتب کنم 歯並びを直したい معاینه دندانها けん診

می خواهم دندان را جرم گیری کنم 歯石・歯こうを取りたい دهان بو می دهد 口臭 غیره その他

آیا به غذا حساسیت دارید؟ くすり た 食物アレルギー

بله はい → دارو くすり غذا た 食物 غیره その他 خیر いいえ

آیا دارویی می کنید؟ げんざいの 現在飲んでいる薬

بله はい → نشان دهید 持っていれば見せてください خیر いいえ

آیا تا به حال در اثر بیهوشی دچار مشکل شده اید؟ ますい なに 麻酔をして何かトラブルがありましたか بله はい خیر いいえ

آیا قبلاً دندان خود را کشیده اید؟ は ぬ 歯を抜いたことがありますか بله はい خیر いいえ

آیا در حال حاضر حامله هستید یا ممکن است حامله باشید؟ にんじん 妊娠していますか、またその可能性はありますか

بله はい → چندماه かげつ ヶ月 خیر いいえ

آیا در حال شیر می دهید؟ じゅうちゅう 授乳中ですか بله はい خیر いいえ

آیا تا به حال مبتلا به بیماری شده اید؟ いま 病気がありますか

| | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> بیماری روده و معده <small>いちょう 胃腸の病気</small> | <input type="checkbox"/> بیماری کبدی <small>かんぞう 肝臓の病気</small> | <input type="checkbox"/> بیماری قلبی <small>しんぞう 心臓の病気</small> | <input type="checkbox"/> بیماری کلیوی <small>しんぞう 腎臓の病気</small> |
| <input type="checkbox"/> سل <small>けっかく 結核</small> | <input type="checkbox"/> بیماری قند <small>とうじょうびょう 糖尿病</small> | <input type="checkbox"/> آسم <small>ぜんそく</small> | <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <small>こうけつあつじょう 高血圧症</small> |
| <input type="checkbox"/> ایدز <small>エイズ</small> | <input type="checkbox"/> تیروئید <small>こうじょうせん 甲状腺の病気</small> | <input type="checkbox"/> سفلیس <small>はいどく 梅毒</small> | <input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small> |

آیا در حال حاضر برای مداوی بیماری تحت درمان هستید؟ げんざい 治療している病気がありますか بله はい خیر いいえ

امید شما در برابر درمان ちりょう たい 治療に対する希望

می خواهم همه دندانهای خرابم را درست کنم わる すべて 悪いところは全て直したい

می خواهم تنها دندانهایی را که در حال حاضر درد میکنند درست کنم いまいた は 歯だけを直したい

هزینه معالجه به عهده خودم است اشکالی ندارد じ ひんりょう 自費診療でもかまわない

می خواهم بیمه درمانی استفاده کنم ほけん 範囲内で直したい

می خواهم با دکتر مشورت کرده و تصمیم بگیرم そうたん き 相談して決めたい

آیا دفعه بعد، می توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟ こんご 通訳を自分で連れてくることができますか

بله はい خیر いいえ