

# СТОМАТОЛОГИЯ

し か もんしんひょう  
歯科問診票

русский язык

ロシア語

Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты あてはまるものにチェックしてください

ねん  
年

がつ  
月

にち  
日

Ф.и.о. 名前		<input type="checkbox"/> М 男	<input type="checkbox"/> Ж 女
Дата рождения 生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	Тел 電話	
Адрес 住所			
Имеете ли медицинскую страховку? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да はい	<input type="checkbox"/> Нет いいえ	
Национальность 国籍		Язык 言葉	

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか	
<input type="checkbox"/> Зубная боль 歯が痛い	<input type="checkbox"/> Пломба отпала つめ物がとれた
<input type="checkbox"/> Вылечить кариес зуба 虫歯を治してほしい	<input type="checkbox"/> Вставить зуб 入れ歯を作りたい
<input type="checkbox"/> Исправить зубной ряд 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> Отремонтировать вставной зуб 入れ歯を修理したい
<input type="checkbox"/> Очистить от зубного налета и камня 歯石・歯こうを取りたい	<input type="checkbox"/> Запах изо рта 口臭
<input type="checkbox"/> Прочее その他	
Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Да はい → <input type="checkbox"/> Лекарства 薬	<input type="checkbox"/> Пища 食べ物
<input type="checkbox"/> Прочее その他	<input type="checkbox"/> Нет いいえ
Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Да はい → Если имеются с собой, покажите пожалуйста 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> Нет いいえ
Как вы переносите наркоз? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Неперенешу はい
	<input type="checkbox"/> Хорошо いいえ
У Вас раньше удаляли зубы? 歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> Да はい
	<input type="checkbox"/> Нет いいえ
Вы беременны либо имеется такая вероятность? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Да はい → _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> Нет いいえ
Кормите ли грудью в данный момент? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Да はい
	<input type="checkbox"/> Нет いいえ
Прежние заболевания 今までにかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Заболевания печени 肝臓の病気
<input type="checkbox"/> Заболевания сердца 心臓の病気	<input type="checkbox"/> Заболевания почек 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> Диабет 糖尿病	<input type="checkbox"/> Туберкулез 結核
<input type="checkbox"/> Астма ぜんそく	<input type="checkbox"/> Гипертония 高血圧症
<input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> СПИД エイズ
<input type="checkbox"/> Сифилис 梅毒	<input type="checkbox"/> Прочее その他
Проходите ли курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? 現在治療している病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Да はい	<input type="checkbox"/> Нет いいえ
Пожелания о лечении 治療に対する希望	
<input type="checkbox"/> Вылечить все больные зубы 悪いところは全て治したい	
<input type="checkbox"/> Вылечить только ныне болящие зубы 今痛い歯だけを治したい	
<input type="checkbox"/> Вылечить с "оплатой за свой счет" 自費診療でもかまわない	
<input type="checkbox"/> Лечение насуммув пределах страхования 保険の範囲内で治したい	
<input type="checkbox"/> Дать консультацию об оплате 相談して決めたい	
Сможете ли Вы в следующий раз прийти с переводчиком? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> Да はい	<input type="checkbox"/> Нет いいえ