

แบบสอบถามอาการแพนกทันตกรรม

し か かんしんひょう
歯科問診票

ภาษาไทย
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. 年

เดือน 月

วันที่ 日

ชื่อและนามสกุล <small>なまえ 名前</small>	<input type="checkbox"/> ชาย <small>おとこ 男</small> <input type="checkbox"/> หญิง <small>おんな 女</small>
วันเดือนปีเกิด <small>せいねんかたび 生年月日</small>	ปีพ.ศ. 年 _____ เดือน 月 _____ วันท 日 _____ เบอร์โทรศัพท์ <small>でんわ 電話</small>
ที่อยู่ <small>じゅうしょ 住所</small>	
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <small>けんこうほけん も 健康保険を持っていますか?</small>	<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>
สัญชาติ <small>こくせき 国籍</small>	ภาษา <small>ことば 言葉</small>

มีอาการอย่างไร <small>どうしましたか</small>	
<input type="checkbox"/> ปวดฟัน <small>は 歯が痛い</small>	<input type="checkbox"/> ฟันที่หลุดไว้มาก <small>つめ物がとれた</small>
<input type="checkbox"/> ต้องการรักษาฟันผุ <small>むしほを治してほしい</small>	<input type="checkbox"/> ต้องการทำฟันปลอม <small>入れ歯を作りたい</small>
<input type="checkbox"/> ฟันปลอมแตก <small>入れ歯がこわれた</small>	<input type="checkbox"/> ต้องการจัดฟัน <small>はなら歯並びを治したい</small>
<input type="checkbox"/> หินปูนเกาะฟัน คราบของฟัน <small>歯せき・歯こうを取りたい</small>	<input type="checkbox"/> กลิ่นปาก <small>口臭</small>
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ <small>その他</small>	
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ <small>くすり たべもの でアレルギーが出ますか</small>	
<input type="checkbox"/> เคย <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> ยา <small>くすり 薬</small> <input type="checkbox"/> อาหาร <small>たべもの 食べ物</small> <input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <small>いいえ</small>
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ <small>げんざいの くすり 現在飲んでる薬はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> กิน <small>はい</small> → ขณะนี้ถ้ามียาน้อยๆอยู่ <small>もってれば見せてください</small>	<input type="checkbox"/> ไม่กิน <small>いいえ</small>
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ <small>ますい なに 麻酔をして何かトラブルがありましたか</small>	<input type="checkbox"/> ใช่ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <small>いいえ</small>
เคยถอนฟันหรือไม่ <small>は 歯を抜いたことがありますか</small>	<input type="checkbox"/> ใช่ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <small>いいえ</small>
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ อาจมีครรภ์หรือไม่ <small>にんしん かのうせい 妊娠していますか、またその可能性はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small> → _____ เดือน <small>かげつ ヶ月</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>
ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ <small>じゅうちゅう 授乳中ですか</small>	<input type="checkbox"/> ใช่ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <small>いいえ</small>
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง <small>いま までにかかった びょうき 病気はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <small>いちょう びょうき 胃腸の病気</small>	<input type="checkbox"/> โรคตับ <small>かんぞう びょうき 肝臓の病気</small>
<input type="checkbox"/> โรคไต <small>じんぞう びょうき 腎臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <small>しんぞう びょうき 心臓の病気</small>
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつしやう 高血圧症</small>	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <small>とうりょうびょう 糖尿病</small>
<input type="checkbox"/> วัณโรค <small>けっかく 結核</small>	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ <small>こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気</small>
<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <small>はいどく 梅毒</small>
<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>	
ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ <small>げんざい ちりゅう びょうき 現在治療している病気はありますか</small>	<input type="checkbox"/> ใช่ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <small>いいえ</small>
ความประสงค์ที่จะรักษา <small>ちりゅう たい 希望 治療に対する希望</small>	
<input type="checkbox"/> ต้องการรับการรักษาฟันที่ไม่ดีทั้งหมด <small>わるいところは全て治したい</small>	
<input type="checkbox"/> ต้องการรับการรักษาเฉพาะฟันที่ปวดในขณะนี้ <small>いまいた は 歯だけを治したい</small>	
<input type="checkbox"/> รับการรักษาและยินยอมจ่ายค่ารักษาทั้งหมด <small>じ ひんりょう 自費診療でもかまわない</small>	
<input type="checkbox"/> ต้องการรับการรักษาภายในขอบเขตของประกันสุขภาพ <small>ほけん はんい 保険の範囲内で治したい</small>	
<input type="checkbox"/> ปรึกษากับแพทย์แล้ว ตัดสินว่าจะรับการรักษาอย่างไร <small>そうだん 相談して決めたい</small>	
ต่อไปนี้จะหาหมอเองได้ หรือไม่ <small>こんご つかや じぶん 今後、通訳を自分で連れてくることができますか</small>	
<input type="checkbox"/> ใช่ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <small>いいえ</small>	