

日時 年 月 日
患者氏名:
患者ID:

English/日本語/Ukrainian

Patient Information for Dentistry / 歯科問診票
Інформація про пацієнта для стоматології

Please fill in the alphabet. / 記入はアルファベットをお願いします。/ Будь ласка, заповніть форму
Please check the appropriate box below. / Будь ласка, заповніть таблицю нижче/ 当てはまるものにチェックしてください。
【Patient information / 患者情報】

Family name / 姓 / Прізвище		First name / 名 / Ім'я	
Date of birth / 生年月日 Дата народження	year / 年 / рік	month / 月 / Місяць	day / 日 / день
Age / 年齢 / Вік	years old / 歳 / Вік	Sex / 性別 / Стать	<input type="checkbox"/> Male / 男 / Чол. <input type="checkbox"/> Female / 女 / Жін.
Height and weight / 身長 体重 / Вага та зріст	cm (с м)	kg (к г)	
Language / 语言 / 言語	<input type="checkbox"/> Ukrainian / 乌克兰语 / Українська -Ukrainian (Only) ウクライナ語	<input type="checkbox"/> English 英語	<input type="checkbox"/> Japanese 日本語
Home phone / 自宅電話 домашній телефон			
Cell phone / 携帯電話 Мобільний телефон			
E-mail Address електронна			
Home Address Домашня адреса	Post code / 郵便番号 / Поштовий індекс		
	Prefectures / 都道府県 / Префектура		
	city, street 市区町村郡・丁目・番地・号 Місто, вулиця		
	Building name, Room number 建物名、部屋番号 Назва будівлі, номер кімнти		

【In case of emergency / 緊急連絡先 / Контактна особа на випадок екстреної ситуації】

Family name / 姓 / Прізвище		First name / 名 / Ім'я	
Phone number / 電話番号 Телефон		Relationship / 関係 / Сімейні відносини	

Please check the appropriate box below. / Будь ласка, заповніть таблицю нижче/ 当てはまるものにチェックしてください。
【Insurance information / 医療保険情報】

Do you have a medical insurance ? 医療保険を持っていますか？ Чи маєте Ви медичне страхування?	<input type="checkbox"/> YES (T ак) はい	<input type="checkbox"/> NO (H i) いいえ
Type of health insurance 医療保険の種類 Тип медичного страхування	<input type="checkbox"/> Japanese health insurance / 日本の保険 / Я понське медичне страхування <input type="checkbox"/> public / 公的 / 国民的 <input type="checkbox"/> private / 民間保険 / 個人的 <input type="checkbox"/> Overseas health insurance / 海外の保険 / За кордонне мед. страхування Name of insurance company / 保険会社名 / 名称 страхової компанії () *Please present your primary and/or other medical insurance certificate / 保険証やその他の医療証をお持ちの場合はご提示ください。	

※Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.

患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

Ваша особиста інформація буде оброблятися відповідно до нормативних документів установи.

※We will take a copy of your photo ID for verification.

本人確認ができる写真付き身分証明書のコピーをとらせていただきます。

※Мы зробимо копію вашого документа, що посвідчує особу, для перевірки.

※In case of child treatment, if he/she rage and resist our treating, we may hold his/her body.

小児治療において、子どもが暴れて治療を拒否した場合、必要に応じて、子どもの体を押さえることがあります。

У разі лікування дитини, якщо він/вона чинить опір нашому поводженню, ми можемо тримати його/її тіло.

日時 年 月 日

English/日本語/Ukrainian

患者氏名:
患者ID:

Please check the appropriate box below./ 当てはまるものにチェックしてください。/ Будь ласка, позначте відповідні поля нижче
Please fill in the alphabet./ 記入はアルファベットをお願いします。/ Будь ласка, заповніть форму

[Dental History/ 歯科病歴/ Стоматологічна історія хвороби]
Please check what you concern./ 気になるところにチェックして下さい。/ Будь ласка, оберіть, що Вас турбує
Please check ✓ to appropriates./ 当てはまるものに ✓ を書いて下さい。/ Будь ласка, позначте відповідне

Where is your problem? / Де саме розташована проблема? / 気になるところ

<input type="checkbox"/>	Tooth / 歯 / Зуб	<input type="checkbox"/>	Tongue / 舌 / Язык
<input type="checkbox"/>	Wisdom tooth / 親知らず / Зуб мудрості	<input type="checkbox"/>	Cheek mucosa / 頬粘膜 / Слизова оболонка щік
<input type="checkbox"/>	Gums / 歯肉 / Ясна	<input type="checkbox"/>	Lips / 唇 / Губи
<input type="checkbox"/>	Denture / 入れ歯 / Зубні протези	<input type="checkbox"/>	Jaw joint / 顎の関節 / Щелепний суглоб
<input type="checkbox"/>	Others / その他 / Інше ()		

Location / Розташування / 部位

<input type="checkbox"/> Upper 上	<input type="checkbox"/> Lower 下	<input type="checkbox"/> Right 右	<input type="checkbox"/> Left 左	<input type="checkbox"/> Front 前	<input type="checkbox"/> Back 後ろ
Зверху	Знизу	Справа	Зліва	Спереду	Позаду

What symptoms do you have? / Які Ви маєте симптоми? / どのような症状ですか?

<input type="checkbox"/>	Pain / 痛み / Біль	<input type="checkbox"/>	Ulcer / 口内炎 / Стоматит
<input type="checkbox"/>	Stain / 着色 / Пляма	<input type="checkbox"/>	Bad breath / 口臭 / Неприємний запах
<input type="checkbox"/>	Loose Teeth / 歯の動揺 / Втрата зубів	<input type="checkbox"/>	Difficulty in opening the mouth / 口が開かない / Важкість відкриття роту
<input type="checkbox"/>	Hyperesthesia / しみる / Підвищена чутливість		
<input type="checkbox"/>	Food collection between teeth / 歯と歯の間に物が詰まる / Збирання їжі між зубами	<input type="checkbox"/>	Clicking the jaw joint / 顎が鳴る / Клацання щелепного суглобу
		<input type="checkbox"/>	Pain in the jaw / 顎関節の痛み / Біль у щелепі
<input type="checkbox"/>	Broken fillings / 詰め物が取れた / Зламани пломби	<input type="checkbox"/>	Sores / ただれがある / Виразка
<input type="checkbox"/>	Broken Teeth / 歯が欠けた / Зруйнований зуб	<input type="checkbox"/>	Crowding of Teeth / 歯並び / Стиснення зубів
<input type="checkbox"/>	Swollen gums / 歯肉の腫脹 / Набряклиясна	<input type="checkbox"/>	Malocclusion / 噛み合わせ / Неправильний прикус
<input type="checkbox"/>	Bleeding gums / 歯肉からの出血 / Кровоточиві ясна	<input type="checkbox"/>	Dry mouth / 口が乾く / Сухість у роті
<input type="checkbox"/>	Pus / 膿が出る / Гній		
<input type="checkbox"/>	Tartar / 歯石 / Зубний камінь		

What kind of pain do you feel? / Який біль ви відчуваєте? / どのような痛みですか?

<input type="checkbox"/> Sharp pain / 鋭痛 Різучий біль	<input type="checkbox"/> Dull pain / 鈍痛 Тупий біль	<input type="checkbox"/> Consistent pain / 持続痛 Стойкий біль
<input type="checkbox"/> Sensitive to hot / 温熱痛 ちゅうれいぶつ до гарячого	<input type="checkbox"/> Sensitive to cold / 冷刺激痛 ちゅうれいぶつ до холодного	<input type="checkbox"/> Sensitive to sweets / 甘味による刺激痛 ちゅうれいぶつ до солодкого

When did your symptoms start? / いつから症状が始まりましたか? / Коли вперше з'явилися симптоми?

()

Do you have any problem with local anesthesia? / 麻酔で何か異常が出たことはありますか?
Чи маєте Ви проблеми із місцевою анестезією?

YES (Так) NO (Ні)

日時 年 月 日
患者氏名:
患者ID:

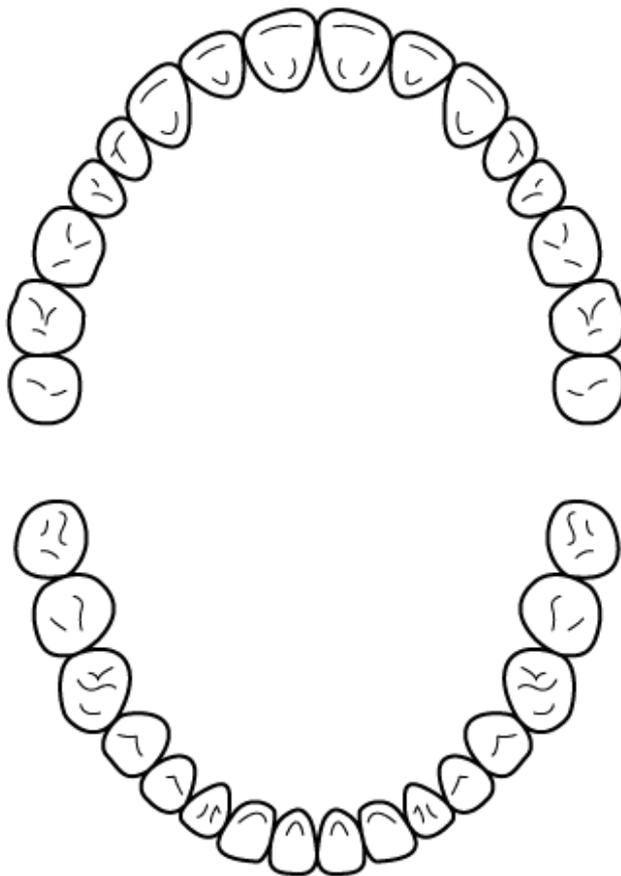
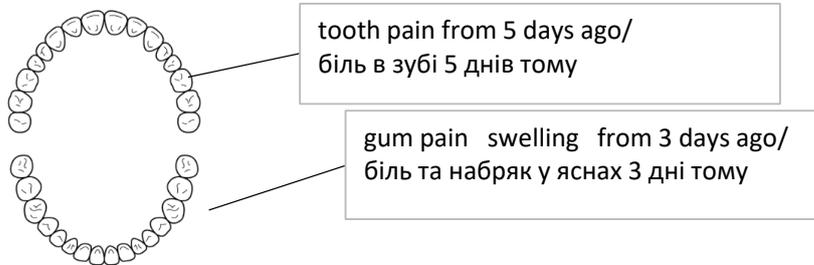
English/日本語/Ukrainian

Please describe your symptoms on the following picture.

下の絵で症状を簡単に説明してください。

Будь ласка, вкажіть Ваші симптоми на зображенні

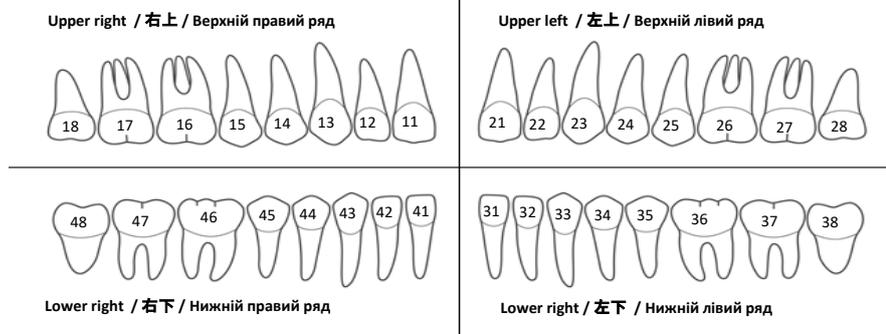
for example / 例 / наприклад



Dental checkup result / Treatment plan
検診結果/治療計画
Результат стоматологічного огляду/ Лікувальний план

The checkup results and your treatment plan are described below. / 検診結果と治療計画について以下に説明します。
 Результат стоматологічного огляду та Ваш лікувальний план наведені нижче.

【Tooth code (Two-digit system) / 歯の公式 (二桁システム) 歯式 FDI方式 FDI方法】
 We use the tooth code described below as the location of tooth.
 歯の位置を説明するために以下のFDI方式の歯式を用います。
 Ми використовуємо зубну формулу наведену нижче для опису розташування зубів.



【Condition code / 病状コード / 歯の状態を表すコード】
 We use a condition code described below to explain the tooth symptoms.
 歯の病状を説明するために以下の病状コードを用います。
 Ми використовуємо код хвороби наведений нижче для опису зубних симптомів.

Condition code / Код хвороби

A	The staining teeth / 歯が着色している。 Зміна кольору зубів	F	The denture is not good fitting. / 入れ歯が傷んでいる Зубний протез ушкоджений або погано підходить
B	Caries / むし歯 / カリエス	G	Broken tooth / 歯が割れている Зруйнований зуб
C	Infection inside the tooth / 歯の中に感染が起きている Инфекция всередині зуба	H	Inflammation around the wisdom tooth / 親知らずが傷んでいる Запалення навколо зубів мудрості
D	The infected gingiva / Запалення ясна 歯肉に感染が起きている	I	Tooth extraction is need. / 歯を残すことが出来ない Необхідно видалення зуба
E	The filling or dental crown is broken. 歯の詰め物/かぶせ物が傷んでいる Пошкодження пломби	J	Your teeth and gingiva are good condition. / 歯と歯肉は良好な状態 Ваші зуби та ясна у гарному стані

【Treatments you need. / 必要な治療 / 必要な治療】
 We show your treatment plan described below, using the tooth code and the condition code.
 歯のコードと病状コードを用いて治療計画を以下に示します。
 Ваш лікувальний план із використанням зубної формули та коду захворювання наведено нижче.

Dental treatments / 治療 Лікування зубів	Location / 部位 Розташування	Reason / tooth condition 理由/歯の状態 Причина звернення або стан зубів
<input type="checkbox"/> Remove the caries and filling むし歯治療(保存修復) Видалення карієсу та реставрація зубу		
<input type="checkbox"/> Root canal treatment 歯の根の治療(歯内治療) Лікування коренів (エンドodontic治療)		
<input type="checkbox"/> Making a new dental crown 詰め物、かぶせ物の作り直し(補綴治療) Виготовлення зубної коронки (протезування)		
<input type="checkbox"/> Fixing or remaking a denture 入れ歯の調整、新製(補綴治療) Коректування зубних протезів		
<input type="checkbox"/> Periodontal treatment/ 歯肉の治療(歯周病治療)		
<input type="checkbox"/> Tooth extraction 抜歯 Видалення зубу		
<input type="checkbox"/> Tooth cleaning and maintenance 歯と歯肉のメンテナンス(定期健診) Чищення та догляд за зубами та яснами		
<input type="checkbox"/> Others / その他 / Інше		