

受付時使用 用于挂号时



英語、中国語、韓国語のいずれかを読むことができますか？読める場合は言語を指してください。
请问您能读懂以下任意一种语言（英文、中文、韩文）吗？如能，请指出该语言。

English

中文

한글

日本語を話されない患者さんとはこのツールを使って会話をを行います。スタッフが指を指したところがあなたへのメッセージです。

对于不能说日语的患者，将使用该工具进行对话。工作人员手指指向的内容，就是要向您传达的信息。

待合室で待っていてください。
请在候诊室等待。

この問診票（治療申込質問書）を記入してください。
请填写该问诊单（治疗申请询问单）。

診察室に入ってください。
请至诊察室。

申し訳ありませんが、当院ではあなたの治療ができません。他のクリニックに行ってください。
非常抱歉，本院无法对您实施治疗。请至其他诊所就诊。

あなたの症状は、専門医の治療を受けるべきと判断します。当院では対応できませんので、専門医がいる病院（歯科大学病院等）に行ってください。
您的症状需要由专科医生进行治疗。本院无法对此实施治疗，请前往有专科医生的医院（牙科大学医院等）进行治疗。

申し訳ありませんが、当院ではあなたの症状に対応できる設備器材が揃っていないため、他のクリニックに行ってください。
非常抱歉，本院没有对您的症状进行治疗的相应设备器材，请至其他诊所就诊。

診察時使用（医療者） 用于诊察时（医务人员）



日本語を話されない患者さんとはこのツールを使って会話をを行います。
对于不能说日语的患者，将使用该工具进行对话。

このチェアに座ってください。
请坐到这个椅子上。

頭の位置を上げてください。
请将头部位置升起。

頭の位置を下げてください。
请将头部位置下降。

口を開いてください。
请张嘴。

うがいをしてください。
请漱口。

口を閉じてください。
请闭上嘴巴。

虫歯の治療をします。
现在做虫牙的治疗。

今回は応急処置のみ行います。
本次治疗仅做应急处理。

痛かったら手を上げて教えてください。
如果感到痛，请抬手示意。

何かあったら手を上げてください。
有任何问题时，请抬手示意。

X線写真を撮って調べます。
需要做X光检查。

X線写真を撮影してもよろしいですか？
可以给您做X光检查吗？

治療による痛みを抑制するために麻酔剤を使用します。
为了降低因治疗而导致的疼痛，将使用麻醉剂。

麻酔をしてよいですか？
可以对您实施麻醉吗？

カチカチ噛み合わせてください。
请“嗒、嗒、嗒……”地做上下齿的咬合动作。

普段どおり、不都合無く噛めますか？
能像平常一样正常咬合吗？

痛みはなくなりましたか？
疼痛感是否消失了？

まだ痛みますか？
还痛吗？

口の中に違和感はありますか？
口腔中是否有不适感？

いつ頃から痛くなりましたか？
从什么时候开始疼痛的？

症状が出てから鎮痛剤など薬を飲みましたか？
出现症状后，有无服用过止痛药等药物？

どれくらい痛いですか？イラストで痛みの程度を教えてください。
有多痛？请用插图告知疼痛的程度？

どこが痛みますか？イラストで痛む場所を教えてください。
哪里痛？请用插图告知疼痛的位置。

今日の治療は応急処置です。帰国後に必ず歯科を受診してください。
今天的治疗为应急处理。回国后，请务必去牙科就诊。

今日の治療は終了しました。待合室で待っていてください。
今天的治疗结束了。请至候诊室等待。

診察時使用 (患者) 用于诊察时 (患者)



該当箇所を指して医療者にメッセージを伝えてください。

请用手指指向相应的位置，以便向医务人员传递信息。

はい
是

いいえ
否

痛みを感じます。
感到痛。

気分が悪くなりました。
感到不舒服。

痛みの種類を医療者に伝える際に使用してください。

请在向医务人员告知疼痛的种类时使用。

ズキズキ痛い
一抽一抽地痛

ずっと痛い
一直痛

痛んだり止んだりを繰り返す
一会儿痛，一会儿不痛

歯を噛み合わせると痛い
上下齿咬合时会痛

痛みの強さを医療者に伝える際に使用してください。

请在向医务人员告知疼痛的强弱程度时使用。

痛む場所を医療者に伝える際に使用してください。

请在向医务人员告知疼痛的位置时使用。



痛みなし
不痛



少し痛い
一点点痛



痛い
痛



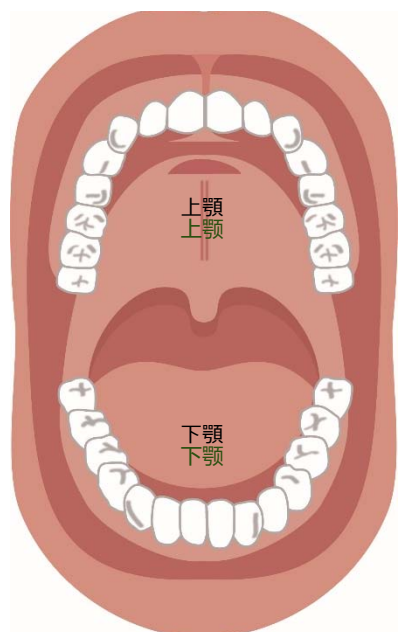
かなり痛い
很痛



耐えられないくらい痛い
无法忍受的痛

右

左



会計時使用 用于付费时



(内を記入して患者さんに提示してください。)

本日の治療費 今天的治疗费： 日元 円

次回の治療費 下次的治疗费：約 日元 円

(見込み。症状によって変動の可能性あり。必ず現金(日本円)で持ってきてください。)

(预估值。根据症状，可能会发生变化。请务必携带现金(日元)前来就诊。)

次回の治療はありません。无需下次治疗

次回の治療： 月 日 :

予約を取ってありますので、遅れずに来院してください。

已对您的治疗做好了预约，请准时来院。

(該当する場合はチェックを入れて患者さんに提示してください)

注意事項 注意事项

今日の治療は応急処置です。帰国後に歯科を必ず受診してください。

今天的治疗为应急处理。回国后，请务必去牙科就诊。

今日はお風呂に入らないでください。

今天，请勿洗澡。

今日アルコール類を飲まないでください。

今天，请勿饮用酒精类饮料。

麻酔剤を使用したので約【 】時間は麻酔が効いています。飲食される場合は特に気を付けてください。

对您实施了麻醉，麻醉效果约持续【 】小时。饮食时，请特别注意。

鎮痛剤を出しておきますので、痛みがひどくなったら服用してください。

这是给您的止痛药，疼痛严重时，请服用。

抗生剤を出しておきますので、必ず服用してください。

这是给您的抗生素，请务必服用。

当院の診察カードを作りました。次回からお持ちください。

为您办了一张本院的诊察卡。以后来院就诊时，请务必一起带来。

今日の治療は終了しました。お大事にしてください。

今天的治疗到此结束。请保重身体。

問診票(治療申込質問書)

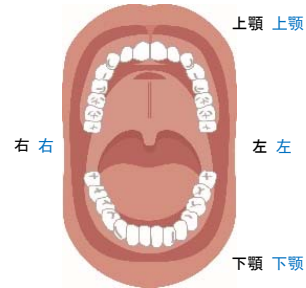
问诊单(治疗申请询问单)

医療機関名	
使用日	
担当者	
患者名	

必要事項を記入し、あてはまるものにチェック☑してください。
请填写必要的事项，并在符合的项目中打☑。

受診者氏名 患者姓名	※小児の場合、保護者氏名： ※如为儿童，监护人姓名：				
日本国内の連絡先 在日本国内的联络方式	滞在先： 逗留住址	Room No. 房间号：	電話番号： 电话号码：		
生年月日 出生年月日		性別 性別	<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女	年齢 年龄
身長・体重 身高、体重	cm	言語 语言			国籍 国籍
帰国後の住所 回国后的住址				帰国後の連絡先電話番号 回国后的联络方式电话号码	

日本の健康保険を持っていますか？ 您是否有日本的健康保险？	<input type="checkbox"/> はい 是 <input type="checkbox"/> いいえ 否
当院での治療は初めてですか？ 您是第一次在本院接受治疗吗？	<input type="checkbox"/> はい 是 <input type="checkbox"/> いいえ 否
本日提示可能なものにチェックをつけてください。 请在今天可提供的項目上打钩。	<input type="checkbox"/> パスポート 护照 <input type="checkbox"/> 在留カード 居留卡 <input type="checkbox"/> 日本の健康保険証 日本健康保险证 <input type="checkbox"/> 当院の診察カード 本院的診察卡 <input type="checkbox"/> その他の身分証 其他身份证明 ()
あなたは日本に短期滞在されている方ですか？ その場合、出国予定日はいつですか？ 您是短期逗留日本吗？ 如是，请问您的出国预定日期是什么时候？	<input type="checkbox"/> 短期滞在中である 短期逗留 出国予定 出国预定： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 短期滞在中ではない 不是短期逗留
治療費は現金(日本円)で支払い可能ですか？ 您可用现金(日元)支付治疗费吗？	<input type="checkbox"/> はい 是 <input type="checkbox"/> いいえ 否 ※海外の保険に加入されている場合でも、当院では現金で立替払いいただきます。 * 即使是加入了国外的保险，在本院，您也需要使用现金垫付。
異常を感じるのはどこですか？ 请问您哪里感到不适？	<input type="checkbox"/> 虫歯 虫牙 <input type="checkbox"/> 分かる場合は異常を感じる場所にマルをつけてください。 <input type="checkbox"/> 入れ歯 假牙 <input type="checkbox"/> 如知道不适位置，请圈出。 <input type="checkbox"/> 親知らず 智齿 <input type="checkbox"/> 歯ぐき 牙龈 <input type="checkbox"/> 舌 舌头 <input type="checkbox"/> くちびる 嘴唇 <input type="checkbox"/> 頬 脸颊 <input type="checkbox"/> あごの関節 下巴的关节 <input type="checkbox"/> あごの下 下巴下面 <input type="checkbox"/> かみあわせ 咬合 <input type="checkbox"/> その他 其他
どのような症状ですか？ 是什么样的症状？	<input type="checkbox"/> 痛い 痛 <input type="checkbox"/> 腫れている 肿胀 <input type="checkbox"/> しみる 刺痛 <input type="checkbox"/> うみがでる 出脓 <input type="checkbox"/> 血が出る 出血 <input type="checkbox"/> 荒れている 粗糙 <input type="checkbox"/> つめ物がとれた 补牙的填充物掉了 <input type="checkbox"/> 口臭 口臭 <input type="checkbox"/> 乾く 干 <input type="checkbox"/> 口が開きにくい 张嘴费力 <input type="checkbox"/> その他 其他 ()
それはいつからですか？ 什么时候开始的？	年 月 日頃から 年 月 日前后开始的



現在治療している病気はありますか？ 是否有正在接受治疗的疾病？	<input type="checkbox"/> はい 是 (病名 疾病名称:) <input type="checkbox"/> いいえ 否
薬や食べ物でアレルギーが出ますか？ 是否有药物或食物过敏？	<input type="checkbox"/> はい 是 (<input type="checkbox"/> 薬 药物 <input type="checkbox"/> 食べ物 食物 <input type="checkbox"/> その他 其他:) <input type="checkbox"/> いいえ 否
現在飲んでいる薬はありますか？ 是否有正在服用的药物？	<input type="checkbox"/> はい 是 →持っていれば見せてください 如有带来, 请给我看下。 <input type="checkbox"/> いいえ 否
今までにかかった病気はありますか？ 之前有生过什么病吗？	<input type="checkbox"/> 胃腸の病気 腸胃病 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 肝脏病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 心脏病 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 肾脏病 <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 呼吸系统的疾病 <input type="checkbox"/> 血液の病気 血液病 <input type="checkbox"/> 脳・神経系の病気 大脳、神経类疾病 <input type="checkbox"/> がん 癌症 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 甲状腺疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 其他 ()
手術を受けたことがありますか？ 是否曾经做过手术？	<input type="checkbox"/> はい 是 (年 ヶ月前に受けた。/手術名: (在 年 个月之前接受过手术 手術名称:) <input type="checkbox"/> いいえ 否
麻酔を受けたことがありますか？ 是否曾经做过麻酔？	<input type="checkbox"/> はい 是 (<input type="checkbox"/> 全身麻酔 全身麻酔 <input type="checkbox"/> 局所麻酔 局所麻酔) <input type="checkbox"/> いいえ 否
麻酔をして何かトラブルがありましたか？ 接受麻酔时, 出现过什么问题吗？	<input type="checkbox"/> はい 是 <input type="checkbox"/> いいえ 否
妊娠していますか、またその可能性はありますか？ 有怀孕吗？或者, 是否有现已怀孕的可能？	<input type="checkbox"/> はい 是 (ヶ月 个月) <input type="checkbox"/> わからない 不知道 <input type="checkbox"/> いいえ 否
授乳中ですか？ 是否哺乳中？	<input type="checkbox"/> はい 是 <input type="checkbox"/> いいえ 否
宗教などの理由で、治療に制限はありますか？ 是否有基于宗教等原因, 在治疗方面有所限制？	<input type="checkbox"/> はい 是 () <input type="checkbox"/> いいえ 否

上記記入内容に間違いが無いことを確認し、治療を受けることに同意します。
经核实上表内容无误, 本人同意接受治疗。

署名日 年 月 日
签署日期 年 月 日

サイン
签名
