

# 受付時使用 To be used at reception



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。  
Do you read any of the following languages: English, Chinese, or Korean?  
Please point to a language you can read.

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。

We use this tool to communicate with patients who do not speak Japanese. Our staff will point to the messages we have for you.

待合室で待っていてください。  
Please wait in the waiting room.

この問診票（治療申込質問書）を記入してください。  
Please complete this Patient Questionnaire (Treatment Application Form and Questions).

診察室に入ってください。  
Please enter the examination room.

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。  
We are sorry, but our clinic cannot provide you with medical care. We have to ask you to visit another clinic.

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。  
We have decided that you should see a specialist for your symptoms. Our clinic cannot provide you with the treatment you will need, so we have to ask you to visit a hospital with specialists (such as a dental university hospital).

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。  
We are sorry, but our clinic does not have the equipment and facilities required to treat your symptoms, so we have to ask you to visit another clinic.

## 診察時使用（医療者）

To be used during an examination  
(For medical practitioners)



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行います。

We use this tool to communicate with patients who do not speak Japanese.

このチェアに座ってください。  
Please sit in this chair.

頭の位置を上げてください。  
Please raise your head up.

頭の位置を下げてください。  
Please put your head down.

口を開いてください。  
Please open your mouth.

うがいをしてください。  
Please gargle.

口を閉じてください。  
Please close your mouth.

虫歯の治療をします。  
We will treat the cavity.

今回は応急処置のみ行います。  
This time we will provide emergency care only.

痛かったら手を上げて教えてください。  
If it is painful, please raise your hand.

何かあったら手を上げてください。  
If there is anything you want to tell us, please raise your hand.

X線写真を撮って調べます。  
We will take an X-ray to examine you.

X線写真を撮影してもよろしいですか？  
May I take an X-ray of your teeth?

治療による痛みを抑制するために麻酔剤を使用します。  
We use anesthetic to reduce the pain caused by treatment.

麻酔をしてよいですか？  
May I give you an anesthetic?

カチカチ噛み合わせてください。  
Please click your teeth together to check the bite.

普段どおり、不都合無く噛めますか？  
Can you bite as usual without any problems?

痛みはなくなりまし  
たか？  
Is your pain gone?

まだ痛みますか？  
Do you still have  
pain?

口の中に違和感ありま  
すか？  
Do you feel discomfort in  
your mouth?

いつ頃から痛くなり  
ましたか？  
When did it begin to  
hurt?

症状が出てから鎮痛剤など  
薬を飲みましたか？  
Have you taken any  
medication, such as an  
analgesic, since the  
symptom started?

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。  
How much does it hurt? Please  
tell us about your level of pain  
using these illustrations.

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。  
Where does it hurt? Please tell  
us where it hurts using the  
illustrations.

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。

We have provided emergency care today. You should  
be sure to visit a dentist after you return to your country.

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。

We have finished your treatment for  
today. Please wait in the waiting room.

# 診察時使用（患者）

To be used during an examination  
(For patients)



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。

Please point to the messages you want to tell the medical practitioner.

はい  
Yes

いいえ  
No

痛みを感じます。  
I have pain.

気分が悪くなりました。  
I feel sick.

痛みの種類を医療者に伝える際に使用してください。

Please use this when you tell the medical practitioner about the kind of pain you have.

ズキズキ痛い  
Throbbing pain

ずっと痛い  
Persistent pain

痛んだり止んだり  
を繰り返す  
Intermittent pain

歯を噛み合わせると痛い  
It hurts when I click my  
teeth together.

痛みの強さを医療者に伝える際に使用してください。

Please use this when you tell the medical  
practitioner about your level of pain.

痛む場所を医療者に伝える際に使用してください。

Please use this when you tell the medical  
practitioner about where it hurts.



痛みなし  
No pain



少し痛い  
Hurts a little



痛い  
Hurts



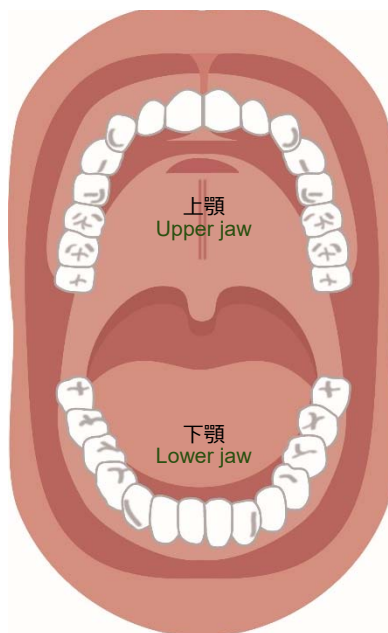
かなり痛い  
Hurts a lot



耐えられないくらい痛い  
Unbearable pain

右  
Right

左  
Left



# 会計時使用

To be used at the cashier's window



( 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 Your medical expenses for today :  Yen 円

次回の治療費 Your medical expenses for the next appointment : 約  About Yen 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。)

(This is an estimate. It may change depending on your condition. Please bring cash (Japanese yen) with you.)

次回の治療はありません。No further treatment is necessary.

次回の治療 Your next appointment :  MM 月  DD 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。

We have scheduled an appointment for you. Please arrive in time for your appointment.

(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 Precautions

- 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。  
We have provided emergency care today. Please be sure to visit a dentist after you return to your country.
- 今日はお風呂に入らないでください。  
Please do not take a bath today.
- 今日アルコール類を飲まないでください。  
You must not drink alcohol today.
- 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。  
We have administered anesthesia, so you will be under the influence of the anesthetic for about [] hours. You need to be particularly careful if you eat or drink.
- 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。  
We will give you analgesic drugs so you can take them if you have severe pain.
- 抗生剤を出しておきますので、必ず服用してください。  
Please be sure to take the antibiotics we will prescribe for you.
- 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。  
We have created your patient identification card to be used at our clinic. Please bring this card with you when you come to your next appointment.

**今日の治療は終了しました。お大事にしてください。**

**We have finished your treatment for today. Please take care of yourself.**

# 問診票(治療申込質問書)

## Patient Questionnaire

### (Treatment Application Form and Questions)

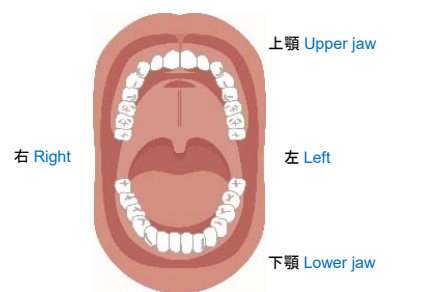
医療機関名	
使用日	
担当者	
患者名	

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。

Please enter the required information and put a checkmark in the boxes ☑ that apply to you.

受診者氏名 Patient name	※小児の場合、保護者氏名: * If the patient is a child, name of the guardian:				
日本国内の連絡先 Contact information in Japan	滞在先: Place where the patient is staying:	Room No. Room No.:	電話番号: Phone number:		
生年月日 Date of birth		性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female	年齢 Age
身長・体重 Height and weight	cm	言語 Languages you can speak		国籍 Nationality	歳 years old
帰国後の住所 Address in the patient's home country				帰国後の連絡先電話番号 Phone number in the patient's home country	

日本の健康保険を持っていますか? Are you covered by the public health insurance plan in Japan?	<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No
当院での治療は初めてですか? Is this your first visit to our clinic?	<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No
本日提示可能なものにチェックをつけてください。 Please put a checkmark in the boxes of the items that you can show us today.	<input type="checkbox"/> パスポート Passport <input type="checkbox"/> 在留カード Residence card <input type="checkbox"/> 日本の健康保険証 Japanese national health insurance card <input type="checkbox"/> 当院の診察カード Patient identification card used at our clinic <input type="checkbox"/> その他の身分証 Other identification cards ( )
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? Are you a short-term visitor to Japan? If yes, when are you scheduled to leave Japan?	<input type="checkbox"/> 短期滞在である Yes, I am a short-term visitor to Japan. 出国予定:      年    月    日 Scheduled to leave Japan on: YYYY/MM/DD: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> 短期滞在ではない No, I am not a short-term visitor to Japan.
治療費は現金(日本円)で支払い可能ですか? Can you pay for the medical expenses in Japanese yen?	<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No ※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。 * Even if you are covered by a foreign insurance plan, you will have to pay for your medical care in cash at our clinic.
異常を感じるのはどこですか? Please indicate where you notice something unusual.	<input type="checkbox"/> 虫歯 Cavity                                      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 Denture                                      If you can, please circle the site(s) with a problem. <input type="checkbox"/> 親知らず Wisdom tooth <input type="checkbox"/> 歯ぐき Gums <input type="checkbox"/> 舌 Tongue <input type="checkbox"/> くちびる Lips <input type="checkbox"/> 頬 Cheeks <input type="checkbox"/> あごの関節 Jaw joint <input type="checkbox"/> あごの下 Under the jaw <input type="checkbox"/> かみ合わせ Dental bite <input type="checkbox"/> その他 Other
どのような症状ですか? What symptom(s) are you experiencing?	<input type="checkbox"/> 痛い Pain <input type="checkbox"/> 腫れている Swelling <input type="checkbox"/> しみる Dental hyperesthesia (Sensitivity) <input type="checkbox"/> うみがでる Discharge of pus <input type="checkbox"/> 血が出る Bleeding <input type="checkbox"/> 荒れている Roughening or chapped <input type="checkbox"/> つめ物がとれた A tooth filling fell out <input type="checkbox"/> 口臭 Bad breath <input type="checkbox"/> 乾く Dry mouth <input type="checkbox"/> 口が開きにくい Difficulty in opening the mouth <input type="checkbox"/> その他 Other ( )
それはいつからですか? Since when have you been experiencing the symptom(s)?	年    月    日頃から Since about YYYY/MM/DD: ____ / ____ / ____



現在治療している病気はありますか？ Are you currently being treated for any disease?	<input type="checkbox"/> はい Yes (病名 Name of the disease: _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ No
薬や食べ物でアレルギーが出ますか？ Do you have any drug or food allergies?	<input type="checkbox"/> はい Yes ( <input type="checkbox"/> 薬 Drug <input type="checkbox"/> 食べ物 Food <input type="checkbox"/> その他 Other: _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ No
現在飲んでいる薬はありますか？ Are you currently taking any medications?	<input type="checkbox"/> はい Yes → 持っていれば見せてください If you have them with you, please show us. <input type="checkbox"/> いいえ No
今までにかかった病気はありますか？ Do you have or have you ever had any of the following diseases (conditions)?	<input type="checkbox"/> 胃腸の病気 Gastrointestinal disease <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 Liver disease <input type="checkbox"/> 心臓の病気 Heart disease <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 Kidney disease <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 Respiratory disease <input type="checkbox"/> 血液の病気 Blood disease <input type="checkbox"/> 脳・神経系の病気 Disease of the brain or nervous system <input type="checkbox"/> がん Cancer <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 Disease of the thyroid gland <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> その他 Other ( _____ )
手術を受けたことがありますか？ Have you ever had surgery of any kind?	<input type="checkbox"/> はい Yes ( _____ 年 _____ ヶ月前に受けた。／手術名: _____ ) (I had surgery _____ years and _____ months ago. Name of the surgery: _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ No
麻酔を受けたことがありますか？ Have you ever been given anesthesia?	<input type="checkbox"/> はい Yes ( <input type="checkbox"/> 全身麻酔 General anesthesia <input type="checkbox"/> 局所麻酔 Local anesthesia) <input type="checkbox"/> いいえ No
麻酔をして何かトラブルがありましたか？ Have you ever had any trouble after being given anesthesia?	<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No
妊娠していますか、またその可能性はありますか？ Are you pregnant? Or is it possible that you might be pregnant?	<input type="checkbox"/> はい Yes ( _____ ヶ月 months) <input type="checkbox"/> わからない I do not know <input type="checkbox"/> いいえ No
授乳中ですか？ Are you currently breastfeeding?	<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No
宗教などの理由で、治療に制限はありますか？ Are there any restrictions on treatment for reasons of religion etc.?	<input type="checkbox"/> はい Yes ( _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ No

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。

I confirm that there is no mistake in the contents of the above and agree to receive medical treatment.

署名日 年 月 日

Date of signature: YYYY/MM/DD: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

サイン  
Signature

\_\_\_\_\_