Health Condition Questionnaire／健康調査票

We ask for the answer to following questions as reference to give safe dental treatment. In addition, we manage the personal information severely.

Date：＿＿year＿＿month＿＿day

Patient name：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿Sex：☐ Male ☐ Female

Date of birth：＿＿year＿＿month＿＿day（＿＿＿＿＿＿years old）

The name of the fill-in/記入者のお名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Relationships with the patient/患者さんとの関係：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1 Please fill in disease names

☐ Intellectual Disability/知的能力障害
☐ Autism Spectrum Disorder/自閉スペクトラム症
☐ Cerebral palsy/脳性麻痺
☐ Down syndrome/ダウン症候群
☐ Other/その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2 What is the complaint in your mouth?/現在、問題になっていることは何ですか

☐ Decayed tooth/虫歯　☐ False tooth/入れ歯
☐ Gums/歯ぐき　☐ Occlusion(contact between upper and lower teeth)/かみあわせ
☐ Dentition/歯並びの異常　☐ Function to eat/食べる機能　☐ Speech function/言語機能
☐ Other/その他（　　）

○When did the symptoms start?/いつ頃からですか

（・＿＿days ago/日前　・Before＿＿week/週間前　・Before＿＿month/ヵ月前
・Before＿＿year/年前）

○How about the current symptoms?/現在はどうですか

☐ Pain/痛い　☐ Swelling/腫れている　☐ Sensitive tooth/しみる　☐ Pus/うみがでる
☐ Bleeding/血が出る　☐ Other/その他（　　）

3 Have you ever had a dental treatment?/今までに歯科治療を受けたことがありますか

☐ Yes
→○How was the situation under the treatment?/治療中の状況はどうでしたか
☐ I did not have any problem/問題なかった
☐ I had a problem/問題があった→How？（　　）
☐ No

4 ○Have you ever had any surgery?/手術を受けたことがありますか

☐ Yes →When was the surgery? /いつごろですか
＿＿year/年＿＿month/月（type of surgery/手術名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
☐ No

○Has it been difficult for blood to stop?/血が止まりにくかったことがありますか

☐ Yes
☐ No

○Are you currently taking any medications?/現在飲んでいる薬はありますか

☐ Yes →Please write the medicine name./薬の名前を書いて下さい

（　　）

☐ No

○Are you allergic to any foods or medications?/薬や食べ物でアレルギーがでますか

☐ Yes → ☐ Medicine/薬　☐ Food/食べ物　☐ Other/その他（　　）

☐ No

○Have you had an epilepsy attack so far?/てんかん発作を起こしたことがありますか

☐ Yes　☐ No

○Do you have a primary doctor?/かかりつけ医はありますか

Hospital name/病院

Clinical department/診療科

Phone number/電話：　　（　　）

Name of the attending physician/主治医名：

5 Have you previously had any of the diseases listed below?/ 今までにかかった病気はありますか

☐ Congenital heart disease (CHD) /先天性心疾患　☐ Hypertension/高血圧

☐ Angina/狭心症　☐ Myocardial infarction/心筋梗塞　☐ Arrhythmia/不整脈

☐ Cardiomyopathy/心筋症　☐ Rheumatism/リウマチ　☐ Asthma/喘息

☐ Liver disease/肝臓病　☐ Hepatitis/肝炎　☐ Kidney disease/腎臓病

☐ Diabetes/糖尿病　☐ Grave's disease/グレーブス病〈バセドウ病、甲状腺機能亢進症〉

☐ Blood disease/血液疾患　☐ Cerebral hemorrhage and cerebral infarction/脳出血や脳梗塞

☐ Parkinson disease/パーキンソン病　☐ Osteoporosis/骨粗鬆症

☐ Other/その他（　　）

6 About a state of the daily life/日常生活の様子について

○What kind of disability do you have?/どのような障害がありますか

☐ Vision/視覚　☐ Auditory sensation/聴覚　☐ Motor function/運動機能

☐ Cognitive function/認知機能　☐ Pronunciation/発音

☐ Other/その他（　　）

○About language comprehension/言語理解について

☐ Understand a single word/単語がわかる

☐ Understand a casual conversation/日常の簡単な指示がわかる

☐ Understand instructions when I have experience/経験があると指示がわかる

☐ No problem/問題なし

○About language expression (even as for the indistinctness)/言語表出について（不明瞭でも）

☐ No vocalization/発声なし　☐ Vocalization only/発声のみ　☐ One word/単語

☐ Two-word sentence/2 語文　☐ Three-word sentence /3 語文　☐ No problem/問題なし

○Is there any use of communication methods other than speech?

/発話以外のコミュニケーション方法の使用はありますか

☐ There is no spontaneous expression/自発的な表現はない　☐ Pointing/指さし

☐ Picture card/絵カード

☐ Gestures (including swinging and nodding)/ジェスチャー（首振り、頷きを含む）

☐ Sign language and Makaton and so on/手話やマカトンなどのサイン　☐ written talk/筆談

☐ Other/その他（　　）

○Are there any other problems in your daily life?/そのほか、日常生活で問題となることはありますか

☐ Brush teeth/歯磨き ☐ Cutting nails/爪きり ☐ Ear cleaning/耳かき ☐ Haircut/散髪

☐ Eating a meal/食事 ☐ Getting sleep/睡眠

☐ No problem/問題なし ☐ Other/その他(　　)

7 I would like to ask you about your hypersensitivity. 感覚についてお聞きします

○Do you dislike being touched? 触られることを嫌いますか

☐ Not at all ☐Sometimes ☐Always

○Do you dislike loud or specific sounds? 大きな音や特定の音を嫌いますか

☐ Not at all ☐Sometimes ☐Always

○Do you dislike strong lights such as camera flashes? カメラのフラッシュなど強い光を嫌いますか

☐ Not at all ☐Sometimes ☐Always

○Do you have a taste that you don't like? 嫌いな味はありますか

☐Yes（Concrete instance/具体例　　）

☐No

○Do you have any unpleasant odors? 苦手な匂いはありますか

☐Yes（Concrete instance/具体例　　）

☐No

8 How did you know our center?/当センターをどのように知りましたか

☐ Introduction from a medical department or dentistry/医科または歯科からの紹介

☐ Introduction from an acquaintance/知人からの紹介 ☐ Home page/ホームページ

☐ Other/その他（　　）

9 We also perform dysphagia rehabilitation at our center. センターは摂食嚥下機能療法を行っています

○Do you have a problem for a meal?/食事場面でのお悩み

☐ Yes （Concrete instance/具体例　　）

☐ No

○Would you like to see a doctor for dysphagia rehabilitation ?/摂食嚥下機能療法の受診希望

☐ Yes ☐ No

10 Please fill in what you wish to do in dental practice at our center. 当センターへの希望

---

11 Do you agree to our center acquiring your medical information (medical examination and health checkup history, medication information, etc.) using your Individual Number Card(My Number Card) ?

☐ Yes ☐ No 当センターがマイナ保険証によりあなたの診療情報を取得することに同意しますか

At our center, we strive to provide high-quality medical care by acquiring and utilizing patient medical information. To acquire and utilize accurate information, we ask for your cooperation in using Individual Number Card.

◆Addition for fulfilment of medical information and system infrastructure improvement system(first visit) ＜Not using Individual Number Card＞ addition: 4 points

＜ using Individual Number Card＞ addition: 2 points

The information you provide will not be used by our center for any purpose other than medical treatment.