

Takayo HATAKEYAMA , D.M.D.  
8218 Wisconsin Ave Suite 318  
Bethesda, MD 20814  
TEL (212) 4868670

Date \_\_\_\_\_

本日の日付

Name First, Middle, Last \_\_\_\_\_

姓名 (ローマ字及び漢字)

Sex \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_ Marital Status \_\_\_\_\_

性別

生年月日

既婚 独身

Address (Street, City, State, Zip Code) \_\_\_\_\_

住所

Soc. Sec. No. \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

ソーシャルセキュリティー

職業

Business Name and Address \_\_\_\_\_

会社の名前/所在地

How many years have you been working? \_\_\_\_\_

勤務年数

E-mail address \_\_\_\_\_ Cell phone number \_\_\_\_\_

イーメールアドレス

携帯電話番号

Work telephone number \_\_\_\_\_ Home telephone number \_\_\_\_\_

職場の電話番号

自宅の電話番号

## DENTAL INSURANCE INFORMATION

### 歯科保険に関するインフォメーション

Name and address \_\_\_\_\_

保険会社の名称及び所在地

Subscriber's Name \_\_\_\_\_ Subscriber Soc. Sec. No. \_\_\_\_\_

保険受給者の名前

受給者のソーシャルセキュリティー番号

Subscriber's Date of Birth \_\_\_\_\_ Group or Company Name \_\_\_\_\_

保険受給者の生年月日

グループもしくは会社名

Group Number \_\_\_\_\_ ID Number \_\_\_\_\_

グループ番号

IDナンバー

Patient Relationship to Subscriber (self, spouse, child, etc.) \_\_\_\_\_

受給者との関係 (本人、配偶、家族 )

## GENERAL QUESTIONS

### 一般的な質問

Who referred you to our office? \_\_\_\_\_  
どういう風にして畑山デンタルオフィスをしりましたか？

Is your family member our patient? \_\_\_\_\_

あなたの家族の方が当院に通っていますか？ はい いいえ

Person to contact in case of emergency \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

緊急時の連絡先 \_\_\_\_\_ 関係 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

日本での連絡先 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

## MEDICAL HISTORY

### 健康に関する質問

Medical Doctor's Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

主治医の名前 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

Date of my last physical examination \_\_\_\_\_ Results \_\_\_\_\_  
最近行った健康診断の日付 \_\_\_\_\_ 結果 \_\_\_\_\_

Are you being treated by a medical doctor now? If yes, for what reason? \_\_\_\_\_  
現在、医者に通院中ですか？ はい いいえ もしそうであれば、理由は？

Are you taking any medication at the present time? If yes, what? \_\_\_\_\_  
現在、薬を服用中ですか？ はい いいえ 何の薬ですか？

Have you ever been hospitalized or had any surgical operations? If yes, list reasons and dates \_\_\_\_\_  
以前に入院したり手術をうけたことがありますか？ はい いいえ その理由は？

Have you ever had any blood transfusions? If yes, give reason \_\_\_\_\_  
輸血を受けたことがありますか？ はい いいえ その理由は？

Do you now have, or have you had any of the following? (If yes, circle them)  
現在もしくは過去に下記の病気をしたことがあれば当てはまるものを丸で囲んでください。

Heart Disease Angina Pectoris Atherosclerosis Stroke Heart Murmur  
心臓病 狭心症 動脈硬化 脳溢血 心臓の雑音

High Blood Pressure Kawasaki disease Diabetes Rheumatic Fever Allergies  
高血圧 川崎病 糖尿病 リウマチ熱 アレルギー

Arthritis Asthma Rash Sinus infection Epilepsy Fainting Hepatitis  
リュウマチ 喘息 蕁麻疹 蓄膿症 癲癇 失神（発作） 肝炎

Liver Disease Tumor AIDS or HIV positive Kidney Disease Tuberculosis  
肝臓病 腫瘍 エイズ 腎臓病 結核

Thyroid Disease ( or Goiter)      Venereal Disease      Osteoporosis or Osteopenia  
甲状腺病      性病      骨疎集症

ggl\Anemia      Cancer      Leukemia      Bladder Disease      Psychiatric Problem  
貧血      癌      白血病      尿道の病気      精神病      ヘルペス

Gynecological problem      Joint problem      Stomach Ulcers      Glaucoma  
産婦人科系の病気      関節の問題      胃潰瘍      緑内障

Do you have a Pace Makers or a Heart stent/valve? \_\_\_\_\_  
ペースメーカーや心臓人工弁が挿入してありますか?      はい      いいえ

Do you have an artificial joint in your body? \_\_\_\_\_  
人工関節を挿入してありますか?      はい      いいえ

Have you ever had excessive bleeding from a cut/wound or extraction of teeth? \_\_\_\_\_  
抜歯その他で異常な出血を経験したことがありますか      はい      いいえ

Are you under abnormal stress? \_\_\_\_\_      はい      いいえ  
極度のストレスを受ける環境/生活状態にありますか? (転勤    仕事、結婚、子育て)

Do you sometime take medicine to relieve nervousness? \_\_\_\_\_  
精神安定剤を服用していますか?      はい      いいえ

Have you ever had radiation treatment? \_\_\_\_\_  
放射線治療を受けたことがありますか?      はい      いいえ

Are you or have you ever had allergic reaction with the following items? If yes, circle them. 下記のものでアレルギー反応を起こしたことがありますか? もしそうであれば該当するものを丸で囲んでください。

Anesthesia      Penicillin      Antibiotics      Sulfa drug      Sleeping pills      Aspirin  
麻酔薬      ペニシリン      抗生物質      サルファ剤      睡眠薬      アスピリン

Codein      Pain medications      Metal      Latex products      Food      other  
麻薬      鎮痛薬      金属      ラバー製品      食べ物      その他

## DENTAL HISTORY

### 歯科に関する質問

Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment? If yes, explain: \_\_\_\_\_  
歯科の治療の際に異常な反応をおこしたり、トラブルがありましたか?      はい      いいえ

Do you smoke? \_\_\_\_\_ How many? \_\_\_\_\_  
喫煙しますか?      はい      いいえ      何箱?

Do you drink? \_\_\_\_\_ How many? \_\_\_\_\_

アルコールを飲みますか？ はい いいえ 量は？

When is your last visit to dentist? For what reason? \_\_\_\_\_  
最後に歯科医をおとづれたのはいつですか？ その理由は？

Name and the location of the dentist: \_\_\_\_\_  
歯科医の名前と住所

What is the reason of this visit to our office? \_\_\_\_\_  
今回、当院への通院目的はなんですか？

Do you have bleeding gum? \_\_\_\_\_  
歯肉から出血しますか？ はい いいえ

Do you visit dentist regularly for routine examinations and professional cleaning? If yes, when was your last cleaning? \_\_\_\_\_  
定期的にクリーニングや検診のために歯科医をおとづれていましたか？ はい いいえ  
いつクリーニングしてもらいましたか？

Have you ever had surgery for the treatment of gum disease? \_\_\_\_\_ If yes, when \_\_\_\_\_  
歯周外科または歯周病の治療を受けたことがありますか？ はい いいえ いつ？

Do you have any missing teeth? \_\_\_\_\_  
抜けたままに放置してある場所がありますか？

Do you have any teeth need treatment? \_\_\_\_\_  
治療が必要な歯や治療途中になっている歯がありますか？ はい いいえ

Do you have untreated dental disease? \_\_\_\_\_

Have you had dental X-ray taken before? If yes, when? \_\_\_\_\_  
口の中のレントゲン写真をとったことがありますか？ はい いいえ いつ？

Have you had oral hygiene instruction in dental office? \_\_\_\_\_  
口腔衛生指導を受けたことがありますか？ はい いいえ

Do you drink soda? \_\_\_\_\_ How many/often? \_\_\_\_\_  
ソーダ飲料を飲みますか？ はい いいえ 量は？

Do you eat sweet snacks often? \_\_\_\_\_  
甘いものをよく食べますか？ はい いいえ

Do you clench or grind your teeth? \_\_\_\_\_  
くいしばりや歯ぎしりがあると思いますか？ はい いいえ

Are any of your teeth sensitive to cold or sweets? \_\_\_\_\_  
冷たいものや甘いものに対してしみる歯がありますか？ はい いいえ

Does your jaw click or pop when you chew? \_\_\_\_\_  
あごが音をたてたり、かむと痛みを感じたりしたことがありますか？ はい いいえ

Do you have sometimes difficulty to open your mouth wide? \_\_\_\_\_  
口をあけると痛みを感じたり開けにくくなったことが、ありますか？ はい いいえ

Have you ever had orthodontic treatment (braces)? \_\_\_\_\_

歯科矯正治療を受けたことがありますか？ はい いいえ

### FEMALES ONLY

女性の方のみに対する質問

Are you pregnant? \_\_\_\_\_  
現在妊娠中ですか？ はい いいえ

Do you have trouble with your periods? \_\_\_\_\_  
生理の期間に問題がありますか？ はい いいえ

Are you taking oral contraceptives (Birth control pills)? \_\_\_\_\_  
避妊用ピルを服用中ですか？ はい いいえ

Are you taking estrogen(Hormone)? \_\_\_\_\_ How long? \_\_\_\_\_  
更年期障害の治療のためにホルモン剤を服用中ですか？ はい いいえ

Are you taking medications for osteoporosis/osteopenia? \_\_\_\_\_ If, yes how many years? \_\_\_\_\_  
骨疎そう症のために薬を飲んでいますか？ はい いいえ 期間は？

### PERSONAL DENTAL NEEDS SURVEY

より良きサービスと改善のために重要な質問をさせていただきます。

Please rate, in order of importance, your primary concerns regarding your dental care.  
(The most important would be #1)

下記の事項をあなた様にとって、1から10まで、重要だと思われる順番に番号をつけてみてください。1が一番重要で10があまり重要ではないというふうになります。

\_\_\_ Preventive Dental Health Care \_\_\_ Cost and Affordability \_\_\_ Time  
予防歯科教育 費用 時間

\_\_\_ Excellence and Quality of care \_\_\_ Explanation of the treatment \_\_\_ Esthetics  
治療の質 治療内容の説明 審美性

\_\_\_ Sterilization of instrument \_\_\_ Updated facility and equipment  
完璧な器具の消毒 最先端の設備/器械/技術

\_\_\_ Cleaness and atmosphere of the office \_\_\_ Accessibility to the office  
オフィスの清潔さや雰囲気 ロケーション

Please circle the level of fear you have about your dental visits. (10 being the greatest fear) 歯科治療に対するあなたの恐怖感を1から10までのスケールで言い表してください。10が最も強い恐怖感になります。該当する数字を丸で囲んでください。

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Biologically speaking, the most favorable material of choice is not necessary white color for posterior(back) teeth, would you rather have white material anyway? \_\_\_\_\_  
時として、生物学的/医学的に好ましいと思われる材料はか

ならずしも白い色をしていませんがなにがなんでも、美容的／白い材料を優先して、  
使って欲しいと思いますか？ はい いいえ

For the pt. who came for emergency: Would you like to know the total condition of your  
mouth? \_\_\_\_\_ 今日の通院目的である歯の治療が終わったらその  
他、口のなか全体の状態を調べてほしいと思いますか？ はい いいえ

Were you satisfied with the previous dental treatment you had? If answer is "No", please  
explain \_\_\_\_\_

過去に受けた歯科治療に満足していましたか？ はい いいえ  
もし答えが“いいえ”であれば、どういうところが不満足でしたか？ \_\_\_\_\_

Do you like your smile? How would you like to change? \_\_\_\_\_

笑ったときの口元に（形、色、歯並び具合など）に満足していますか？ はい いいえ  
もし答えが“いいえ”ならば、どのように変えられたらと思いますか？ \_\_\_\_\_