

BAGIAN GIGI

し か もんしんひょう
歯科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun ねん 年 bulan がつ 月 tanggal にち 日

nama 名前		<input type="checkbox"/> Laki-laki 男	<input type="checkbox"/> perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ya はい	<input type="checkbox"/> tidak いいえ	
warga negara 国籍		bahasa 言葉	

Apa masalah anda? どうしましたか	
<input type="checkbox"/> sakit gigi 歯が痛い	<input type="checkbox"/> tambalan lepas つめ物がとれた
<input type="checkbox"/> Ingin menyembuhkan gigi berlubang 虫歯を治してほしい	<input type="checkbox"/> membuat gigi palsu 入れ歯を作りたい
<input type="checkbox"/> gigi palsu rusak 入れ歯がこわれた	<input type="checkbox"/> membetulkan gigi 歯並びを治したい
<input type="checkbox"/> membersihkan karang gigi 歯石・歯こうを取りたい	<input type="checkbox"/> Bau mulut 口臭
<input type="checkbox"/> memeriksa gigi 検診	<input type="checkbox"/> lainnya その他
Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> ya はい → <input type="checkbox"/> obat 薬	<input type="checkbox"/> makanan 食べ物
<input type="checkbox"/> lainnya その他	<input type="checkbox"/> tidak いいえ
Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> ya はい →	Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください
<input type="checkbox"/> tidak いいえ	
Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ
Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> ya はい → _____ bulan 月	<input type="checkbox"/> tidak いいえ
Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか	
<input type="checkbox"/> ya はい	<input type="checkbox"/> tidak いいえ
Anda pernah punya penyakit apa? 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> penyakit limpa 肝臓の病気
<input type="checkbox"/> penyakit jantung 心臓の病気	<input type="checkbox"/> penyakit ginjal 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> TBC 結核	<input type="checkbox"/> kencing manis 糖尿病
<input type="checkbox"/> asma ぜんそく	<input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧症
<input type="checkbox"/> AIDS エイズ	<input type="checkbox"/> kelenjar gondok 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> sipilis 梅毒	<input type="checkbox"/> lainnya その他
Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? 現在治療している病気はありますか	
<input type="checkbox"/> ya はい	<input type="checkbox"/> tidak いいえ
Pilihan pengobatan 治療に対する希望	
<input type="checkbox"/> Semua bagian yang rusak diperbaiki. 悪いところは全て治したい	
<input type="checkbox"/> Menyembuhkan bagian yang sakit saja. 今痛い歯だけを治したい	
<input type="checkbox"/> Membayar secara pribadi/tanpa asuransi 自費診療でもかまわない	
<input type="checkbox"/> Pengobatan dengan menggunakan asuransi kesehatan. 保険の範囲内で治したい	
<input type="checkbox"/> Memutuskan berobat setelah konsultasi dengan dokter. 相談して決めたい	
Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> ya はい	<input type="checkbox"/> tidak いいえ