



青少年小児専門歯科医院へようこそ

Hallo und herzlich Willkommen in der zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis für Kinder und Jugendliche

Dr. Jeanne Topf, Dr. Peyman Arab

私達を信頼しお越し下さりまして有り難うございます。

初診にあたり、私達がお子さんについてよく理解し個々にあった治療が出来る様、恐れ入りますが以下の質問にお応え下さい。

Wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen! Bitte beantworten Sie uns zunächst einige Fragen, wir möchten Ihr Kind besser kennen lernen und unsere Behandlung individuell auf seine Bedürfnisse abstimmen.

患者 Patient 身長 Größe: 体重 Gewicht: 年齢 Alter:

女児 Mädchen
 男児 Junge

あだ名 „Spitzname“ 名字 Name 名前 Vorname 誕生日 geb. am
趣味、興味など ihre/seine Hobby

お母様 Mutter 名字 Name 名前 Vorname 誕生日 geb. am

住所 Adresse 通り、郵便番号、市 Straße, PLZ, Ort

職場 Arbeitgeber 電話番号 (日中) TEL. tagsüber
電話番号 (自宅) TEL. privat
携帯番号 (Handy)

お父様 Vater 名字 Name 名前 Vorname 誕生日 geb. am

住所 Adresse 通り、郵便番号、市 Straße, PLZ, Ort

職場 Arbeitgeber 電話番号 (日中) TEL. tagsüber
電話番号 (自宅) TEL. privat
携帯番号 (Handy)

保険 Versicherung 保険会社の名前: Name der Krankenversicherung

お子さんの保険 Ihr Kind ist versichert お母様の扶養 mit der Mutter お父様の扶養 mit dem Vater
 公的保険 gesetzlich 自由 freiwillig

かかりつけの医者: betreuender Kinderarzt 名前 Name 電話番号 TEL.

この医院については誰を通してお知りになりましたか?
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

予防は治療よりも大切なことです。 Vorbeugen ist besser als Heilen

私どもの医院では、お子さんの為に歯磨き教室を開いています。
お子さんの健康な歯の維持の為にこの歯磨き教室に興味のある方には、医院より書面、又は電話により必要な時期にご連絡いたしております。(リコールと呼んでいます)

リコールの希望 Recall erwünscht はい Ja いいえ Nein
 書面により schriftlich 電話により telefonisch サイン Unterschrift

お子さんの健康状態について Die Gesundheit Ihres Kindes

お子さんはこれまでに大病をされましたか？ Hat Ihr Kind schwerwiegende Krankheiten? はい Ja いいえ Nein
ある場合、どんな病気ですか？ Falls ja, welche? _____

心臓の欠陥または心雑音の診断を受けたことがありますか？ はい Ja いいえ Nein
Sind bei Ihrem Kind jemals Herzfehler und / oder ungewöhnliche Herzgeräusche festgestellt worden?

お子さんは現在医者にかかっていますか？ Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? はい Ja いいえ Nein
かかっている場合、なぜですか？ Falls ja, weshalb? _____

常用している薬はありますか？ Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? はい Ja いいえ Nein
ある場合、どの薬ですか？ Falls ja, welche? _____

お子さんはこれまでに薬に対して何らかの反応を起こしたことはありますか？ はい Ja いいえ Nein
Hat Ihr Kind schon einmal irgendeine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente gezeigt?
ある場合、どの薬に対し、どんな反応ですか？ _____
Falls ja, wie und auf was?

アレルギーはありますか？ Hat Ihr Kind Allergien? はい Ja いいえ Nein
ある場合、何に対してですか？ Falls ja, auf was? _____

これまでに入院されたことはありますか？ はい Ja いいえ Nein
War jemals Krankenhausaufenthalte notwendig?
ある場合、いつ頃、なぜ入院されましたか？ _____
Falls ja, wann und weshalb?

お子さんは身体的また精神的障害をお持ちですか？ はい Ja いいえ Nein
Hat Ihr Kind körperliche oder geistige Behinderungen?

お子さんは現在以下の病気にかかっていますか？ 当てはまるものに X 印をつけて下さい。
Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | | | | |
|---|--|---|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 感染症 (HIV、肝炎、結核等) | <input type="checkbox"/> 感染症 (HIV、肝炎、結核等) Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, TBC) | <input type="checkbox"/> ひきつけ Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> ポリープ Polypen | その他 Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> 喘息 Asthma | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 Herzprobleme | <input type="checkbox"/> 痙攣 Spastiken | <input type="checkbox"/> 難聴 Hörstörungen | _____ |
| <input type="checkbox"/> 凝血障害 Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes | <input type="checkbox"/> リウマチ Rheuma | <input type="checkbox"/> 腫瘍 Tumor | _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 Nierenprobleme | _____ |

お子さんの歯の状態について. Die Zähne Ihres Kindes.

お子さんはこれまでに歯医者にかかりましたか？ War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? はい Ja いいえ Nein
ある場合、どんな治療を受けられましたか？ Welche Behandlung wurde durchgeführt? _____

今日のご来院の理由をお書き下さい。 Der Grund Ihres heutigen Besuches ist: _____

現在歯痛がありますか？ Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? はい Ja いいえ Nein

お子さんは現在哺乳瓶を使っていますか？ Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? はい Ja いいえ Nein

お子さんは親指やおしゃぶり等のようなものを吸っていますか？ はい Ja いいえ Nein
Lutscht Ihr Kind an Daumen, Schmler oder ähnlichem?

フッ素を処方されて飲んでますか？ Werden Fluoride eingenommen? はい Ja いいえ Nein

お子さんは歯医者に対してどのような印象をお持ちですか？ _____
Welche Einstellung hat Ihr Kind zum Zahnarzt?

治療同意書 Behandlungseinwilligung

私は、私の子供の歯科治療、歯科外科治療に関し、Dr. Topf 先生、Dr. Arab 先生、Zipprich 先生、Amiri 先生、その他の医院従事者により治療に必要とされ、先生方の薦める部分麻酔、笑気ガス、安定剤、レントゲンそしてその他の診断上の措置に同意いたします。 Ich stimme der zahnärztlichen und zahnchirurgischen Behandlung meines Kindes, einschließlich des Gebrauches notwendiger und empfehlenswerter Lokalanästhetika, Lachgas, Beruhigungsmitteln, Röntgen und sonstiger Diagnostischer Maßnahmen durch Dr. Topf, Dr. Arab, ZÄ Zipprich und ZÄ Amiri sowie deren Mitarbeitern zu.

日付け Datum

サイン Unterschrift