（スペイン語）

令和 Reiwa, Año: 年 Mes: 月 Día: 日

Cuestionario para el Examen Odontológico

歯科検診用アンケート

Grado: 年Clase: 組Nº: 番 M男 ・ F女 氏名 Nombre: .

Este cuestionario será utilizado para hacer el examen odontológico en la escuela. Por favor llénelo correctamente. (Marque las respuestas con un círculo.)

この調査は学校で行う歯科検診に用いるものですので、ありのままを記入してください。（いずれかを○で囲み、該当事項を記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | （１） | ¿Tiene dificultad para abrir la boca?口があきにくいですか | **Sí No**はい いいえ |
| （２） | ¿Siente dolor en las articulaciones de la mandíbula (adelante o abajo de las orejas) al abrir la boca?口をあくときに、あごの関節（耳の前・下）が痛みますか | **Sí No**はい いいえ |
| （３） | ¿Hace algún ruido extraño en las articulaciones de la mandíbula al abrir o cerrar la boca?口を開けたり、とじたりするときに、あごの関節のところでガクンとかゴリゴリとか変な音がしますか | **Sí No**はい いいえ |
| ２ | （１） | Aparte de las caries y alineación de los dientes, ¿hay alguna observación que quisiera comunicar al dentista?虫歯や歯並びの他に、検診時、特にみてもらいたい点がありますか。 | **Sí No**はい いいえ |
| （２） | Si ha respondido “Sí”, escriba detalladamente.「はい」の場合、具体的に記入してください。 |

\* Si presenta alguna afección o anomalía, se le comunicará en la hoja de “Resultado del Examen Odontológico”.

※　検診の結果、疾病及び異常の疑いが認められた場合は「歯の検査結果のお知らせ」でお知らせします。