

PATIENT REGISTRATION
治療申込書

Mr. _____
 Mrs. _____
 Miss. (Last) _____ (First) _____ (Middle) _____
 Ms. 患者氏名 _____
 Age 年齢 _____ Birth Date 誕生日 _____
 Social Security Number ソーシャルセキュリティ番号 _____
 Resident Address 自宅住所 _____ City 市 _____ Zip Code 郵便番号 _____
 Resident Phone 自宅電話番号 () _____
 If person is a minor, name of parent/guardian 未成年者の場合、保護者 _____
 Person responsible for account 支払責任者 _____ Driver's License Number 運転免許証番号 _____
 Employer's Name 会社名 _____ Occupation 職業 _____
 Business Address 会社住所 _____ City 市 _____
 Business Phone 会社電話番号 () _____
 Emergency Contact Person 緊急時連絡人 _____ Relationship 続柄 _____
 Phone () _____
 Name of Physician 主治医 _____ City 市 _____ Phone () _____
 Dental Insurance Name 歯科保険会社名 _____
 Referred by 紹介者氏名 _____

MEDICAL HISTORY

病歴
 Height 身長 _____ Weight 体重 _____ Sex 性 _____
 General Health: Excellent 優 Good 良 Fair 可 Poor 不可
 Date of last complete physical exam 前回病院に行つた日付 _____
 Circle any of the following which you have had or have at present: 過去又現在かかつての病歴に○印をつけ
 Heart Attack or Disease 心臓病 Rheumatic Fever リューマチ熱 AIDS エイズ
 Stroke 脳出血 Diabetes 糖尿病 Hepatitis 肝炎
 High Blood Pressure 高血圧 Tumor or Cancer 癌(がん) Venereal Disease 性病
 Angina Pectoris 狭心症 Fainting or Dizziness 卒倒 Alcohol or Drug Addiction アルコール又は薬物の常用
 Anemia 貧血 Epilepsy or Seizures てんかん Any Transmissible Disease 伝染病
 Hemophilia 血友病 Psychiatric Illness 神経系病 Eye/ Nose/ Ear/ Skin Problem 目・鼻・耳・皮膚病
 Ulcer 潰瘍 Mental Disability 精神障害 Physical Disability 身体障害
 Asthma 喘息
 Gastrointestinal/ Urogenital/ Respiratory Illness 消化器系 泌尿生殖器系 呼吸器系 病気

Have you had any hospitalization? Yes ___ No ___
 Explain 入院したことがありますか? _____

Are you taking any medication now? Yes ___ No ___ What? _____
 現在使用している薬

Are you allergic to Penicillin ___ Local Anesthetics ___ Other Medication ___
 アレルギーがありますか? ペニシリン 局部麻酔 他の薬

Are you pregnant? Yes ___ No ___ How Long 何ヶ月
 妊娠していますか?

To the best of my knowledge, all of the preceding answers are true and correct. Also, if I ever have any changes in information, said above, I will inform the doctor of dentistry at the next appointment.

Date _____ Signature _____

(Over)

DENTAL HEALTH HISTORY
病歴(齒科)

Reason for visit _____
治療の理由

When was your last dental visit? _____
最後の齒の治療はいつでしたか?

Have you ever had any serious reactions to previous dental treatment? _____
今まで齒の治療において何か問題ありましたか?

Explain _____
その場合は:

How often do you brush your teeth? _____
日常いつ齒をみがいていますか?

What texture brush do you use? Soft _____ Medium _____ Hard _____ NYLON _____ NATURAL _____
どんな齒ブラシを使っていますか? 柔らかい 普通 硬い NYLON ナイロン NATURAL 自然物

How often do you floss? _____
フロス糸を使っていますか?

Do your gums bleed while brushing?..... Yes _____ No _____
齒をみがく時に齒ぐまから出血はしますか?

Do your gums feel tender or ever have bad smell in your mouth?..... Yes _____ No _____
齒ぐまがほれたり、口臭がありますか?

Do you clench or grind your jaws while sleeping or during the day? Yes _____ No _____
無意識に口をくいしばったり、齒をすりすりすることがありますか?

Do your jaws ever feel tired or have frequent headaches? Yes _____ No _____
あごが疲れたり、頭痛がよくありますか?

Do you like the appearance of your teeth? Yes _____ No _____
あなたの齒の外観に満足していませんか?

Do you wear any prosthesis in your mouth, i.e., dentures, partials, etc.? Yes _____ No _____
今、義齒を使用していますか?

Do you gag easily? Yes _____ No _____
吐気をもよおしやすいですか?

Do you smoke? Yes _____ No _____
タバコを吸っていますか?

Are you familiar with term preventive dentistry? Yes _____ No _____
「予防齒科学」という言葉を知っていますか?

Are your teeth sensitive, i.e., hot and cold, sweets, tooth brush contact?..... Yes _____ No _____
齒が冷のものに過敏ですか? 温度、甘味、食物中齒ブラシなどの接触

I hereby consent to treatment as necessary or desirable to care for the patient, including but not restricted to whatever drugs, X-rays, studies that may be used by the attending doctor or his qualified designate.

Furthermore, I also acknowledge full responsibility for the payment in its entirety for all the services, which are rendered. Unless prior financial arrangements are made, a service charge of 1-1/2% per month (18% per annum interest) may be charged on all accounts over 90 days old.

DATE _____ SIGNATURE _____
年月日 患者又は保護者のサイン