

**I. 患者信息**

您是怎么找到我們診所的? \_\_\_\_\_

手機號碼: \_\_\_\_\_

電子郵箱: \_\_\_\_\_

先生

女士

太太

小姐

姓 名 中間名

街道地址: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 郵編: \_\_\_\_\_

住宅電話: \_\_\_\_\_ 工作電話: \_\_\_\_\_

生日: \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_年 年齡: \_\_\_\_\_

患者社會保障號碼(社安號): \_\_\_\_\_

駕照號碼: \_\_\_\_\_ 性別: 男  女

職業: \_\_\_\_\_ 工作多久了? \_\_\_\_\_

雇主姓名: \_\_\_\_\_

雇主地址: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 郵編: \_\_\_\_\_

與患者的關係:

父母  法定監護人  繼父母  其他

請勾選  
 已婚   
 單身   
 離婚   
 喪偶   
 孩子

**II. 保險信息 父母/責任方**

保險雇員 (最主要者):

先生  女士  太太  小姐

請勾選  
 男   
 女

姓 名 中間名

社安號(投保人): \_\_\_\_\_ 雇主姓名: \_\_\_\_\_

駕照號(投保人): \_\_\_\_\_ 雇主地址: \_\_\_\_\_

保險公司: \_\_\_\_\_ 雇主電話: \_\_\_\_\_ 受雇日期: \_\_\_\_\_

計劃/組號: \_\_\_\_\_ 雇主電話: \_\_\_\_\_

保險單號或白卡號: \_\_\_\_\_ 雇主生日: \_\_\_\_\_

**III. 雙重保險信息**

只有在您和您的配偶有額外的保險時才填寫

保險雇員 (次要):

先生  女士  太太  小姐

請勾選  
 男   
 女

姓 名 中間名

社安號(投保人): \_\_\_\_\_ 雇主姓名: \_\_\_\_\_

駕照號(投保人): \_\_\_\_\_ 雇主地址: \_\_\_\_\_

保險公司: \_\_\_\_\_ 雇主電話: \_\_\_\_\_ 受雇日期: \_\_\_\_\_

計劃/組號: \_\_\_\_\_ 雇主電話: \_\_\_\_\_

保險單號或白卡號: \_\_\_\_\_ 雇主生日: \_\_\_\_\_

**IV. 健康信息**

1、您目前正在接受醫生的治療嗎?(是或否) 如果是, 請說明 \_\_\_\_\_

醫生的姓名和電話號碼: \_\_\_\_\_

2、您是否對青霉素、嗎啡、局部麻醉劑、鎮靜劑或任何其他藥物過敏嗎?(是或否) 如果是, 請說明: \_\_\_\_\_

3、您目前是否正在服用任何藥物嗎?(是或否) 如果是, 請說明: \_\_\_\_\_

4、(女士)您現在是否正在懷孕期?(是或否) 如果是, 請告知懷孕多少個月: \_\_\_\_\_

5、您目前是否有或者曾經有過以下任何一種情況:

- |   |  |  |   |   |   |
|---|--|--|---|---|---|
| 1. 艾滋病/綜合症 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 7. 癌症 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>     | 13. 昏厥 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>    | 19. 心臟雜音 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 25. 肝病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   | 31. 中風 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>     |
| 2. 過敏 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>      | 8. 人工關節置換 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 14. 單純疱疹 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 20. 心臟病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 26. 乳膠過敏 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 32. 甲狀腺有問題 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 3. 貧血 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>      | 9. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>    | 15. 青光眼 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   | 21. 肝炎 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   | 27. 低血壓 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 33. 肺結核 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>    |
| 4. 心絞痛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>     | 10. 間歇性眩暈 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 16. 心臟病發作 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 22. 高血壓 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 28. 肺病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   | 34. 性病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>     |
| 5. 關節炎 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>     | 11. 肺氣腫 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   | 17. 減肥藥物 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 23. 黃疸 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   | 29. 風濕熱 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 35. 骨質疏鬆藥 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  |
| 6. 哮喘 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>      | 12. 癩癩 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>    | 18. 心臟搭橋 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  | 24. 腎病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   | 30. 打鼾 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   |   |

6、其他應該提醒我們注意的事項: \_\_\_\_\_

**V. 牙科信息**

7、今天您為什麼來? 檢查  洗牙  牙痛  其他 \_\_\_\_\_

8、上一次看牙的時間? \_\_\_\_\_ 9、做過什麼治療? \_\_\_\_\_

10、治療完成了嗎? \_\_\_\_\_ 12、有洗過牙嗎? \_\_\_\_\_ 13、牙科X光片是什麼時間拍的? \_\_\_\_\_

14、有長期出血嗎? \_\_\_\_\_ 15、有沒有去牙科治療過?(是或否) 如果有, 請寫出: \_\_\_\_\_

16、您的牙齦容易出血嗎? \_\_\_\_\_ 16、您覺得您有口臭嗎? \_\_\_\_\_ 17、您的牙齒對熱或冷敏感嗎? \_\_\_\_\_

我已經和患者一起回顧了健康史

醫生簽名 (Signature of Doctor)

我已經完成了這份健康調查問卷, 並告知了我所知道的所有醫療問題。我了解, 每一位牙科醫生都是個體從業者, 並對我提供的牙科護理負有個人責任。我也明白我的牙科治療不需要其他牙醫和阿卡迪亞牙科診所承擔任何責任。

患者簽名 或 責任監護人簽名

日期 關係

我已經了解我的牙科治療和可能的過敏反應, 我已被告知我的牙科護理和麻醉所涉及的所有風險, 包括可能的失血和感染。我在此同意麻醉的輔助治療和醫生指定的牙科治療。

患者簽名 或 責任監護人簽名 日期

緊急情況請聯系人名單

名字 電話號碼