



ウェナーストーン歯科医院へようこそ。患者さんお一人お一人のニーズに合う最善の治療を受けていただくために、この用紙への記入をお願いしています。ご家族がすでに当医院にかかられている場合、保険などの重複部分は省いてくださっても結構です。

お子さんについて About Your Child

氏名（日本語） _____ 性別 M/F

Name in English _____

生年月日 ____/____/____
月 日 年

住所 _____

自宅電話# (____) _____

付き添いの方の携帯電話#

(____) _____

歯科保険について Dental Insurance

歯科保険を持っていません（チェックをお願いします）

歯科保険をお持ちの方は、以下ご記入の上、受付にカードをお出し下さい。

保険会社名 _____

保険のグループ# _____

契約者の勤務先名 _____

契約者名 (English) _____

契約者の生年月日 ____/____/____ (月/日/年)

契約者のID#またはSS# _____

ご両親について Parent Information

お母様

氏名（日本語） _____

Name in English _____

生年月日 ____/____/____
月 日 年

携帯電話#

(____) _____

お父様

氏名（日本語） _____

Name in English _____

生年月日 ____/____/____
月 日 年

携帯電話#

(____) _____

予約確認をメールで受けるオプションができた場合、電話よりメールがよければ、ここにメールアドレスを書いて下さい。



本日の来院理由と他に相談したいことがあれば簡単に書いてください。 Reason for today's visit & any other concerns

痛みがありますか。 Is the child currently in pain? Yes No

今までどのぐらいの頻度で定期検診や歯のクリーニングを受けていますか。 Frequency of check-up & prophylaxis in the past

最後に歯の治療を受けた時期と、内容をお書きください。 Time and the type of the last dental tx

当医院への紹介者のお名前を教えてください。 Who can we thank for referring you?

裏へ

歯科治療とケアについて Dental History

今までに歯科治療で何か問題がありましたか。
(麻酔注射など)

Any problem associated with any dental work? Yes No

顎の関節に痛み、違和感などがありますか。

Pain or discomfort in jaw joint? Yes No

歯ぎりしをしますか。

Does the child clench or grind teeth? Yes No

普段どんな水を飲んでますか。What kind of water?

水道水 City 井戸水 Well ボトルの水 Bottled

矯正治療を受けたことがありますか。

Has the child ever had any orthodontic treatment? ... Yes No

フッ素入りのサプリメントを飲んでますか。

Does the child take fluoridated supplements? Yes No

週に何回フロスをしますか。

How many times a week do you floss?..... _____

一日に何回歯磨きをしますか。

How many times a day does the child brush? _____

お子さんは、自分で歯磨きをしますか。

Does the child brush his or her own teeth? Yes No

どのような毛先の歯ブラシをお使いですか。

硬い Hard 普通 Medium 普通 やわらかい Soft

歯みがき、フロスの際に出血がありますか。

Bleed while brushing or flossing? Yes No

アレルギー Allergies

アレルギーがあるのものをチェックして下さい。何もないければ、リストの下の「アレルギーなし」にチェックして下さい。

Please check if the child is allergic to any of the following:

- ペニシリン Penicillin
- アスピリン Aspirin
- エイソロマイシン Erythromycin
- テトラサイクリン Tetracycline
- コデイン Codeine
- ラテックス Latex
- イブプロフェン (イブ/ロキソニン等) Ibuprofen
- 歯科用麻酔

以上のアレルギーなし None of the above

他にアレルギーのある薬品があれば、ご記入下さい。

Please list any other drugs that the child is allergic to:

病歴 Medical History

最近の健康状態

The child's current health is: Good Fair Poor

現在医師にかかっていますか。

Currently under the care of a physician? Yes No

Yes とお答えの場合、病状について説明して下さい。

Please explain _____

歯科治療の前に抗生剤を飲む必要がありますか。

Does the child need to take antibiotics before dental appointments? Yes No

Yes とお答えの場合、その理由を説明して下さい。

薬を服用中ですか。Yes なら服用薬を記入して下さい。

Is the child taking drugs? Yes No

*血液抗凝固剤(Coumadin, Warfarin など)、骨粗しょう症の薬 (Fosamax, Actonel, Boniva など)は、必ずお書き下さい。

既往症 Medical Problems

～～当てはまるものにチェックして下さい～～

- 不正出血 Abnormal Bleeding
- 注意欠陥/多動性障害 ADD/ADHD
- 貧血 Anemia
- 人工関節/弁 Artificial Joints/ Valves
- ぜんそく Asthma
- 自閉症 Autism
- 輸血 Blood Transfusion
- 癌/抗癌剤治療 Cancer/Chemotherapy
- 水痘 Chicken Pox
- 先天性心臓疾患 Congenital Heart Defect
- 糖尿病 Diabetes
- 呼吸困難 Difficulty Breathing
- てんかん Epilepsy
- 失神 Fainting Spells
- 花粉症 Hay Fever
- 難聴 Hearing Impairments
- 心雑音 Heart Murmur
- 心臓手術 Heart Surgery
- 血友病 Hemophilia
- 肝炎 Hepatitis
- HIVポジティブ/エイズ HIV+/AIDS
- 腎臓病 Kidney Problems
- 肝臓病 Liver Disease
- 麻疹 Measles
- 僧帽弁逸脱症 Mitral Valve Prolapse
- 伝染性単核球症 Mononucleosis
- リウマチ熱/しょう紅熱 Rheumatic/Scarlet Fever
- 鎌状赤血球貧血 Sickle Cell Disease
- 蓄膿/副鼻腔炎症 Sinus Problems
- 皮疹 Skin Rash
- (臓器)移植 Transplant
- 結核 Tuberculosis (TB)

以上で該当するものなし None of the above



このページ書いてある内容を全文お読みの上、ご署名をお願いします。

お支払いは、診察日に払っていただくこととなります。歯科保険をお持ちの患者さんは、保険申請をした後で、患者さんに請求書を送らせていただきます。請求日から30日以内にお支払い下さい。

当医院は**完全予約制**になっており、ご予約の患者さんのためだけに診療時間を取っております。予約の変更が必要な場合は、できるだけ早く（遅くとも2日前までに）お知らせ下さい。

ご予約の時間にいらっしゃらなかった場合、または直前のキャンセルに対してキャンセル料が生じる場合がありますのでご了承下さい。

この書類に記入した内容はできるだけ正確に書きました。ここに書いた情報を正当な理由なしに第三者に漏らされることはないと理解しています。健康上の変化があった場合は、自ら医院のスタッフに申し出る責任があることも理解しています。

私が加入している保険会社からウェナーストン歯科医院が直接支払いを受けることを了承します。

治療費については、保険でカバーされない部分はすべて自分で支払う責任があることを理解しています。

保護者の方のご署名と日付をお願いします。

X _____ / /
月 / 日 / 年