



ウェナースト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。

氏名（日本語） _____ 性別 M/F

Name: (ローマ字名) Mr. Ms. Mrs. Dr. (○をお願いします)

生年月日 ____/____/____ SS# _____
月 日 年

住所 _____

自宅電話# (____) _____

勤務先電話# (____) _____ Ext. _____

携帯電話# (____) _____

Email アドレス _____ @ _____

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、ここにチェックをして下さい。.....

歯科保険について Dental Insurance

歯科保険を持っていない方はチェックをして下さい。....

歯科保険をお持ちの方は、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# _____

歯科治療とケアについて Dental History

今までに歯科麻酔などで何か問題がありましたか。

Any problem with dental anesthetics, etc.? 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

歯ぎしりをしますか。

Clench or grind teeth? Yes No

歯周病の治療を受けたことがありますか。

Have you ever had periodontal treatment? Yes No

口腔外科の治療を受けたことがありますか。

Have you ever had any oral surgery? Yes No

矯正治療を受けたことがありますか。

Have you ever had any orthodontic treatment? Yes No

義歯を使っていますか。

Do you wear dentures or partials? 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** do you brush? _____

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 やわらかい Soft

歯みがき、フロスの際に出血がありますか。

Do you bleed while brushing or flossing? Yes No

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下さい。 Reason for today's visit & any other concerns

痛みがありますか。 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 type of the last dental treatment

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

病歴 Medical History

最近の健康状態

Your current physical health is: Good Fair Poor

現在医師にかかっていますか。

Are you 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。No でも、医師が知っておくべき健康上の問題があれば記入して下さい。

Please explain _____

歯科治療の前に抗生剤を飲む必要がありますか。

Do you 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 なら服用薬をすべて記入して下さい。

Are you taking prescription 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。

喫煙の習慣がありますか

Do you smoke or use tobacco in any form? 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 you are allergic 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 Dental anesthetics
- 金属アレルギー (宝石類など)

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 you are allergic to:

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
- アルコール/麻薬中毒 Alcohol/Drug Abuse
- 貧血 Anemia
- 関節炎 Arthritis
- 人工骨/関節/弁 Artificial Bones/Joints/Valves
- ぜんそく Asthma
- 輸血 Blood Transfusion
- 癌/抗癌剤療法 Cancer/Chemotherapy
- 大腸炎 Colitis
- 先天性心臓疾患 Congenital Heart Defect
- 糖尿病 Diabetes
- 呼吸困難 Difficulty Breathing
- 肺気腫 Emphysema
- てんかん Epilepsy
- 失神 Fainting Spells
- 頭痛 Frequent Headaches
- 緑内障 Glaucoma
- 花粉症 Hay Fever
- 心臓麻痺 Heart Attack
- 心雑音 Heart Murmur
- 心臓手術 Heart Surgery
- 血友病 Hemophilia
- 肝炎 Hepatitis
- ヘルペス/熱による発疹 Herpes/Fever Blisters
- 高血圧 High Blood Pressure
- HIV ポジティブ/エイズ HIV+/AIDS
- 腎臓病 Kidney Problems
- 肝臓病 Liver Disease
- 低血圧 Low Blood Pressure
- 僧帽弁逸脱症 Mitral Valve Prolapse
- ペースメーカーの使用 Pacemaker
- 精神疾患 Psychiatric Problems
- 放射線療法 Radiation Treatment
- めまい Seizures
- 帯状発疹 Shingles
- 鎌状赤血球貧血 Sickle Cell Disease
- 蓄膿/副鼻腔炎症 Sinus Problems
- 脳卒中 Stroke
- 甲状腺異常 Thyroid Problems
- (臓器) 移植 Transplant
- 結核 Tuberculosis
- 潰瘍 Ulcers
- 性病 Venereal Disease

以上に該当するものなし None of the above

## 妊娠/授乳について Pregnancy & Nursing

~~~~女性の方のみお答え下さい~~~~

避妊薬を服用中ですか。

Are you taking birth control pills? Yes No

妊娠中ですか。Are you pregnant? Yes No

Yes とお答えの方は、今妊娠何週目ですか。Week # _____

授乳中ですか。

Are you nursing? Yes No



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。

緊急連絡先/Emergency Contacts

緊急時の連絡先をご記入ください。

氏名 _____

電話番号 _____

間柄 _____

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を理解しています。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ー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。

こちらにご署名と日付をお願いします。

X _____ /_____/_____
月 / 日 / 年

お支払いは、診察日に払っていただくことになります。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。