

欢迎! 谢谢您光临魏医生诊所!

PATIENT INFORMATION 病人情况

Name 姓名 (Last 姓) _____

请用英文 (First 名) _____

DOB 出生于 ____ 月 m ____ 日 d ____ 年 yr

SSN 社会安全号码 _____ - ____ - ____

Address (street) _____

地址 (街名) _____

(City, State, Zip) _____ GA 30 _____

Email 电子邮件 _____ @ _____

Home Phone 家电话 (____) ____ - ____

Work Phone 工作号 (____) ____ - ____

Cell. Phone 手机 (____) ____ - ____

Employer 雇主 _____

牙保險: 誰買的? 您自己 還是配偶?

如果是配偶, 名字 _____

SSN _____ - ____ - ____

In Case of Emergency 万一出现意外

Contact 联系人 _____

Phone 电话 (____) ____ - ____

How Do You Know US 您怎么知道我们?

- Ads 广告 保险公司
- 朋友/亲戚 _____
- 招牌 电话簿 其他 _____

DENTAL HEALTH HISTORY 牙健康史

Have any discomfort 您有不舒服吗? 是 否

对冷, 热, 甜, 咀嚼敏感? 是 否

Toothache at night 您有夜间牙痛? 是 否

每天刷牙 一次 兩次 三次

用牙綫 天天 一週一兩次 很少 從不

Bleeding gums 牙齦出血, 口臭 是 否

最后一次洗牙 _____ 年 ____ 月

顛頷關節病 (響聲, 疼痛) 是 否

晚上或白天不由自主磨牙齒? 是 否

刷牙時容易噁心? 是 否

您害怕牙齒治疗吗? 是 否

Do you smoke 您抽烟吗? 是 否

多少? ____ 袋/天, ____ 岁开始

今天来访原因 _____

Name of Previous Dentist 前牙医名字 _____

Reason for Leaving 离开原因 _____

MEDICAL HEALTH HISTORY 病史

Name of Physician 家庭医生名字 _____

Phone 电话号码 (____) ____ - ____

最後一次體檢日 _____ 年 ____ 月

您有或曾经有以下疾病吗? 请回答, 并解释

High blood pressure 高血压 是 否

充血性心脏衰退 是 否

Take a medicine 您用以下藥物嗎?

Plavix 是 否

Coumadin/Warfarin 是 否

骨質疏鬆症 是 否

心脏杂音, 心脏瓣膜问题 是 否

牙科手术前您需要常規用抗菌素? 是 否

外伤后容易出现青肿 是 否

傷口异常出血: 您或亲戚 是 否

Sinus problems 上颌窦问题 是 否

Asthma 哮喘 是 否

Faint, Seizure 昏厥/癲癇 是 否

Psychiatric 精神神經方面問題 是 否

Diabetes 糖尿病一/二型 是 否

肝炎, 黄疸, 肝病 是 否

HIV-Positive/AIDS 艾滋病 是 否

Hospitalized 五年内您住过院? 是 否

您对药物或橡胶制品有過敏吗? 是 否

列出您每日或一年内服用的药物 _____

您还有其他上面没提到的问题/疾病?

- 爲了提高您的口腔健康, 請瀏覽我們的網站 www.xinweidds.com
- 我同意魏醫生進行診斷治療。牙科不是精確科學, 儘管診所盡力不斷提高質量, 但是我們無法保證任何診斷治療結果
- 我同意治療之後及時付款
- 我受權診所向其它医疗机构收集我的信息。如果我的保險, 健康或服用药物有所改变, 我会让诊所知道
- 若有事請提前 (24 小時前) 打電話取消預約, 否則付費\$35; 無效支票加費\$35
- 我知道診所會保護我的私人材料 (請閱讀後面兩葉 Notice of Privacy Practices)
- 我受權魏醫生使用我的或者我孩子的記錄材料向保險公司申請付款, 或者
- 我願意全部付款, 自己向保險公司申請 (請選擇其中一項)

病人/监护人签字 _____

日期 _____ / _____ /202

医生簽名 _____ 日期 _____ / _____ /202