

# Patient Registration

## 歯科問診票

(できるだけ英語でご記入ください)

Today's Date (日付) / /

Last Visit Date (前回の診察日) / /

<b>Name (氏名)</b>	<b>Last (姓)</b>	<b>First (名)</b>	
<b>DOB (生年月日)</b>	/ /	<b>Age (年齢)</b>	
※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> Male (男) <input type="checkbox"/> Female (女) <input type="checkbox"/> Single (未婚) <input type="checkbox"/> Married (既婚) <input type="checkbox"/> Divorced (離婚) <input type="checkbox"/> Widowed (未亡人) <input type="checkbox"/> Separated (別居)			
<b>#SS</b> (ソーシャルセキュリティ番号)		<b>Email Address</b> (メールアドレス)	
<b>Home Address</b> (住所)			
<b>Home Phone</b> (自宅番号)		<b>Cell Phone</b> (携帯番号)	
<b>Employer</b> (勤務先)		<b>Work Phone</b> (勤務先電話番号)	
<b>Employer's Address</b> (勤務先住所)		<b>Ext.</b> (内線番号)	

<b>Where&amp;when are best times to reach you?</b> (ご連絡方法を教えて下さい)		※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。
<b>ご希望の連絡方法</b>	<input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先電話	
<b>ご希望の連絡時間帯</b>	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ( 時頃 その他: )	

<b>Whom may we Thank for referring you?</b> (当医院をどのようにしてお知りになりましたか?)		※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。
<input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 便利帳 <input type="checkbox"/> ウェブサイト <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 家族・友人の紹介 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<b>Other family members seen by us</b> (当医院に通院されているご家族のお名前) ( )		

<b>Spouse Information</b> (配偶者情報)			
<b>Name (氏名)</b>	<b>Last (姓)</b>	<b>First (名)</b>	
<b>DOB (生年月日)</b>	/ /	<b>Age (年齢)</b>	
<b>#SS</b> (ソーシャルセキュリティ番号)		<b>Employer (勤務先)</b>	
<b>Work Phone</b> (勤務先電話番号)		<b>Ext.</b> (内線番号)	
<b>#DL</b> (運転免許証番号)		<b>State</b> (発行された州)	

<b>Previous/Present Dentist</b> (前回・現在のかかりつけの歯科医)	※あればお書きください。

Insurance Information (保険情報)		※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	
<b>Dental Coverage?</b> <small>(歯科治療はカバーされますか?)</small> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>Do you have a secondary Insurance?</b> <small>(第二保険会社に加入されていますか?)</small> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<b>Insurance Co. Name</b> <small>(保険会社名)</small>			
<b>Group #</b> <small>(Plan, Local, or Policy#)</small> <small>(グループ番号)</small>		<b>Insurance Co. Phone</b> <small>(保険会社電話番号)</small>	
<b>Insured's Name</b> <small>(被保険者氏名)</small>		<b>Relation</b> <small>(続柄)</small>	
<b>Insured's Birthdate</b> <small>(被保険者生年月日)</small>	/	/	<b>Insured's ID#</b> <small>(被保険者証番号)</small>

Medical History (健康記録)		※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	
<b>1. Do you have a personal physician?</b> <small>(ファミリードクターはいますか?)</small> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>7. Is your general health good?</b> <small>(体調は良好ですか?)</small> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
<b>2. Date of last visit.</b> <small>(最近の健康診断はいつでしたか?)</small>	/	/	<b>8. Has there been a change in your health within the last year?</b> <small>(過去一年以内に健康の変化がありましたか?)</small> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>3. Doctor's Name</b> <small>(医師名)</small>	<b>9. Have you been hospitalized or had a serious illness in the last three years?</b> <small>(過去三年以内に入院または重病の経験がありますか?)</small> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
<b>4. Phone</b> <small>(電話番号)</small>	<b>10. If yes, why?</b> <small>(入院理由または病名)</small>		
<b>5. Are you being treated by a physician now?</b> <small>(現在医者に掛かっていますか?)</small> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
<b>6. If yes, why?</b> <small>(理由または病名)</small>			

Please indicate if you have experienced any of the following. (下記の経験がありますか?)			※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。		
<b>11. <input type="checkbox"/> Chest Pain (angina)?</b> <small>胸痛(狭心症)</small>	<b>18. <input type="checkbox"/> Difficulty swallowing?</b> <small>嚥下障害</small>	<b>26. <input type="checkbox"/> Blurred vision?</b> <small>かすみ目</small>			
<b>12. <input type="checkbox"/> Swollen ankles?</b> <small>足首のむくみ</small>	<b>19. <input type="checkbox"/> Diarrhea, constipation, blood in stools?</b> <small>下痢、便秘、血便</small>	<b>27. <input type="checkbox"/> Seizures?</b> <small>ひきつけ</small>			
<b>13. <input type="checkbox"/> Shortness of breath?</b> <small>息切れ</small>	<b>20. <input type="checkbox"/> Frequent vomiting, nausea?</b> <small>頻繁な嘔吐、吐き気</small>	<b>28. <input type="checkbox"/> Excessive thirst?</b> <small>異常なほどの渇き</small>			
<b>14. <input type="checkbox"/> Recent weight loss, fever, night sweats?</b> <small>急な体重の減少、発熱、寝汗</small>	<b>21. <input type="checkbox"/> Difficulty urinating, blood in urine?</b> <small>排尿しにくい、血尿</small>	<b>29. <input type="checkbox"/> Frequent urination?</b> <small>頻尿</small>			
<b>15. <input type="checkbox"/> Persistent cough, coughing up blood?</b> <small>しつこい咳、吐血</small>	<b>22. <input type="checkbox"/> Dizziness?</b> <small>めまい</small>	<b>30. <input type="checkbox"/> Dry mouth?</b> <small>口内乾燥</small>			
<b>16. <input type="checkbox"/> Bleeding problems, bruising easily?</b> <small>異常な出血、あざがしやすい</small>	<b>23. <input type="checkbox"/> Ringing in ears?</b> <small>耳鳴り</small>	<b>31. <input type="checkbox"/> Jaundice?</b> <small>黄疸</small>			
<b>17. <input type="checkbox"/> Sinus problems?</b> <small>副鼻腔障害</small>	<b>24. <input type="checkbox"/> Headaches?</b> <small>頭痛</small>	<b>32. <input type="checkbox"/> Joint pain, stiffness?</b> <small>関節痛、硬化</small>			
	<b>25. <input type="checkbox"/> Fainting spells?</b> <small>気絶発作</small>				

現在下記の病気、症状をお持ちですか、または過去に経験がありますか？

※該当するものに  を入れてください。

33.  Heart disease?

心臓病

34.  Heart attack, heart defects?

心臓麻痺、心臓欠陥

35.  Heart murmurs?

心雑音

36.  Rheumatic fever?

リウマチ熱

37.  Stroke, hardening of arteries?

脳卒中、動脈硬化

38.  High blood pressure?

高血圧

39.  Asthma, TB, emphysema,  
other lung diseases?

肺結核、肺炎腫、その他の肺病

40.  Hepatitis, other liver disease

肝炎、その他の肝臓病

41.  Stomach problems, ulcers?

胃の病気、潰瘍

42\*.  Allergies to: drug, foods,  
medications, latex?

アレルギー：薬品・食品・内服薬、ゴム類

42番の質問でYesの場合、  
アレルギーの症状のなるものは何ですか？  
please list drugs/materials that you are allergic to:

43.  Family history of diabetes,  
heart problems, tumors?

家族内に糖尿病、心臓病、または腫瘍

44.  AIDS

エイズ又は関連障害

45.  Tumors, cancer?

腫瘍、癌

46.  Arthritis, rheumatism?

関節炎、リウマチ

47.  Eye Diseases?

目の病気

48.  Skin diseases?

皮膚病

49.  Anemia?

貧血

50.  VD (syphilis or gonorrhea) ?

性病(梅毒、淋病)

51.  Herpes?

疱疹ヘルペス

52.  Kidney, bladder disease?

腎臓病、膀胱疾患

53.  Thyroid, adrenal disease?

甲状腺、副腎病

54.  Diabetes?

糖尿病

55.  Psychiatric care?

精神科治療

56.  Radiation treatments?

放射線治療

57.  Radiation treatments?

化学療法

58.  Prosthetic heart valve?

人工心臓弁

59.  Artificial Joint?

人工関節

60.  Hospitalization?

入院

61.  Blood transfusions?

輸血

62.  Surgeries?

手術

63.  Pacemaker?

ペースメーカー

64.  Contact lenses?

コンタクトレンズ

現在下記を使用又は飲用していますか？

※該当するものに  を入れてください。

65.  Recreational drugs?

麻薬、覚醒剤等薬物

67.  Tobacco in any form?

たばこ製品

68.  Alcohol?

酒等 アルコール

66.  Drugs, medications,  
OTC medicines(including Aspirin),  
natural remedies?

医薬品(アスピリン等も含む)

Please list  
(列記してください)



Do you have or have you had any other diseases or medical problems NOT listed on this form?

(項目1~68以外の病気や障害をお持ちですか？または経験がありますか？)

If so, please explain

(ご説明ください)

女性のみお答えください

69.  Are you or could you be pregnant or nursing?

妊娠中や授乳中であつたり、またはその可能性がありますか？

70.  Taking birth control pills?

避妊薬を飲んでいますか？

NEXT ▶▶

**Dental History** (歯科記録)

※該当するものに  を入れてください。

**71. Why have you come to the dentist today** ➡ **Please explain**  
(今日はどうぞなさいましたか?) (ご説明ください)

**72. Do you require antibiotics before dental treatment?**  
(治療前の抗生物質は必要ですか?)  Yes  No

**73. Are you currently in pain?**  
(痛みはありますか?)  Yes  No

**74. Have you ever had a serious/difficult problem associated with any previous dental work?** ➡ **If so, please explain**  
(これまでを受けた歯の治療で何か異常な事はありましたか?)  Yes  No (ご説明ください)  
(例: 麻酔で気分が悪くなった・麻酔がなかなか効かなかった・抜歯後なかなか血が止まらなかった・治療中気分が悪くなった)

**75. Have you ever had gum treatment?**  
(歯周病・歯槽膿漏の治療をしたことはありますか?)  Yes  No

**76. Do you now or have you ever experienced pain discomfort in your jaw joint(TMJ/TMD)?**  
(顎(あご)に痛みや異常を感じたことはありますか?)  Yes  No

**77. Your current dental health is**  Good (良い)  Fair (普通)  Poor (悪い)  
(現在の歯の健康状態は?)

**78. Do you like your smile?**  
(笑ったときの歯と歯茎の見え方に満足していますか?)  Yes  No

**79. Do your gums ever bleed?**  
(歯ぐきから出血したことはありますか?)  Yes  No

**80. How many times a week do you floss?**  
(週何回くらいフロスを使っていますか?) ..... 回/週

**81. How many times a day you brush?**  
(一日何回歯みがきをしますか?) ..... 回/1日

**82. Type of bristles?**  Soft  Medium  Hard  
(ご使用の歯ブラシのかたさ)

**83. How long do you use a toothbrush before replacing it?** (once a/in weeks)  
(歯ブラシはどれくらい使用した後、新しいものに変えていますか?) 週間に一度くらい

**84. Are your teeth sensitive to heat, cold, or anything else?**  
(あなたの歯は熱(温かい・冷たい)やその他に敏感ですか?)  Yes  No

**85. Have you lost any teeth?**  Yes  No ➡ **86. If yes, why?**  
(歯を失ったことはありますか?) (理由)

当医院では、HIPPA ACT (個人情報保護法) に則って管理しております。

私は個人情報保護法に関する権利があることを理解し、個人情報保護に関する情報の書類のコピーを受け取りました。

To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately, I will inform my dentist of any change in my health and/or medication.

私の知る限りにおいて、各質問に目を通し、正確に答えました。健康状態や投薬の変化、変更は直ちに報告します。

**Patient's signature** (署名)

**Date** (日付) / /

ご協力いただきまして、  
誠にありがとうございました。

**BRANNON CROSSING**  
Family Dental

**OFFICE USE ONLY**

I verbally reviewed the medical/dental information above with the parent/guardian & patient named herein.

**Initial**

**Date** / /

**Doctor's Comments**