

# Patient Registration



BRANNON CROSSING

Family Dental

歯科問診票・小児

(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)			
<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> ※1 (住所)			
<b>Other family members seen by us</b> (当医院に通院されているご家族)		<b>Previous / Present Dentist</b> (前回・現在のかかりつけの歯科医)	※あればお書き下さい

<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>Parent Information</b> (保護者情報)		※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	
<b>Mothers Name</b> (お母様の氏名)	<b>Last (姓)</b>	<b>First (名)</b>	
<b>DOB</b> (生年月日)	/ /	<b>#SS</b> (ソーシャルセキュリティ番号)	
<b>Fathers Name</b> (お父様の氏名)	<b>Last (姓)</b>	<b>First (名)</b>	
<b>DOB</b> (生年月日)		<b>#SS</b> (ソーシャルセキュリティ番号)	
<b>Employer</b> (緊急連絡先)	<input type="checkbox"/> Mother (お母様) <input type="checkbox"/> Father (お父様) <input type="checkbox"/> Other (その他)		
<b>Address (住所)</b> (if diferent from above)	※1と異なる場合のみ		
<b>Home Phone</b> (自宅番号)		<b>Work Phone</b> (お勤め先電話)	
<b>Cell Phone</b> (携帯番号)		<b>Email Address</b> (メールアドレス)	
<b>Relationship of Guarantor to Patient</b> (患者との続柄) <input type="checkbox"/> Parent (親) <input type="checkbox"/> Other (その他) ( )			

NEXT ▶▶

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>3. Doctor's Name</b> <small>(医師名)</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>4. Phone</b> <small>(電話番号)</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>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>10. If yes, why?</b> <small>(入院理由または病名)</small>	
<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、肺気腫、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ったり、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がありましたか?)  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/Parent/  
Guardian Signature**

(保護者又は患者署名)  
※患者様が18歳未満の場合は保護者

**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**