

Patient Name \_\_\_\_\_, Date of Birth \_\_\_\_\_ M/F  
(氏名) Last (名字) First (名前) (生年月日) 月 日 年 男/女

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_ Family Dentist \_\_\_\_\_  
(自宅電話番号) (職場電話) (かかりつけの歯科医)

Home Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
(自宅住所) (市) (郵便番号)

Patient Social Security# \_\_\_\_\_ Employed By: \_\_\_\_\_  
(ソーシャルセキュリティ#) 雇用主(会社名)

Emergency contact: \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_  
(緊急連絡先) (電話番号)

### Primary Dental

Insurance Carrier: \_\_\_\_\_ Subscriber Name: \_\_\_\_\_ Subscriber Employed By: \_\_\_\_\_  
(保険会社名) (被保険者名) (お勤め、もしくは保険に加入している会社)

Subscriber Social Security# \_\_\_\_\_ Subscriber Date of birth \_\_\_\_\_ Is there Secondary Insurance? Y / N  
(被保険者のソーシャルセキュリティ#) (被保険者の生年月日) (他に保険をお持ちですか?) Yes / No

## Health Questions 健康状態に関する質問

Yes No

Are You Currently Under A Physician's Care for a Specific Medical Condition?  
最近、医師の下で何か特別な治療を受けていますか?

Are You currently Taking Any Medications?  
最近、投薬治療を受けていますか?

Please List (Including Aspirin or birth control) :

どうぞ、記載してください (アスピリン、避妊薬を含む) : \_\_\_\_\_

Are You Subject To Prolonged Bleeding?  
出血が止まりにくいですか?

Are You Nursing or Pregnant? How Many Months? \_\_\_\_\_  
妊娠中もしくは、授乳中ですか? 何ヶ月ですか?

Hip Or Other Replacement? When? \_\_\_\_\_  
股関節または、関節の接ぎ換えをしましたか?いつ?

Do You Have TMJ? (Jaw Problem) ? \_\_\_\_\_  
顎関節症ですか? (あごに異常がありますか?)

Do You Normally Take Antibiotics Before Dental Appointments?  
普段、歯科治療の前に抗生物質を服用していますか?

### Please Circle Any Illness You Have Had or Have At Present:

現在、または過去にかかったことのある病気に○をつけてください。

prosthetic heart value 人工心臓弁	anemia 貧血症	IV drug use 薬物注射
rheumatic fever リューマチ熱	hemophilia 血友病	AIDS / HIV positive エイズ陽性
stroke 脳卒中	diabetes 糖尿病	venereal disease 性病
heart murmur 心雑音	heart trouble 心臓病	blood disorders 血液疾患
chemical dependence 薬物依存症	epilepsy てんかん	hepatitis 肝炎
high blood pressure 高血圧	psychiatric treatment 精神疾患	fainting spells めまい 失神発作
mitral valve prolapse 僧帽弁逸脱	asthma 喘息	radiation therapy 放射線治療
heart attack 心臓発作	respiratory disease 呼吸器疾患	hay fever/allergies 花粉症 アレルギー
pacemaker ペースメーカー	tuberculosis 肺結核	intestinal problems 腸の障害
bacteremia 菌血症	transfusion 輸血	kidney trouble 腎臓疾患
angina 狭心症	thyroid problems 甲状腺疾患	liver problems 肝臓疾患

### Circle Items to Which You Have Reactions or Allergies:

下記の薬にアレルギー又は、反応がありますか?

Penicillin ペニシリン aspirin アスピリン tetracycline テトラサイクリン (静菌性抗生物質) local anesthetic 局部麻酔  
Clindamycin クリンダマイシン (抗生物質の一種) ibuprofen イブプロフェン codeine 鎮咳鎮痛性アルカロイド latex ラテックス

List others : その他 \_\_\_\_\_

IS THERE ANY OTHER INFORMATION REGARDING YOUR HEALTH OR PAST EXPERIENCES WITH DENTAL TREATMENT /ROOT CANALS THAT WE SHOULD KNOW?上記以外の項目で私達が知っておいたほうがよい病気、もしくは以前に行った歯科治療や根管治療に関する情報がありましたらご記入ください。\_\_\_\_\_

I hereby certify that the above information is correct to the best of my knowledge:私の知っている限りにおいて上記のインフォメーションが正しいことを証明します。

Today's Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, Signature of Patient, Parent or Guardian \_\_\_\_\_  
今日の日付 月 日 年 患者 もしくは 保護者のサイン