

受診者登記表格

(中文版本表格只作參考, 所有資料必須以英文填寫)

一般資料

姓: _____ 名: _____	常用名字: _____
出生年月日: _____ 年齡: _____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住址: _____ 城市: _____	省份: _____ 郵區號碼: _____
住宅電話: _____ 工作電話: _____	手提電話: _____
介紹人: _____ 家庭牙醫: _____	牙醫電話: _____
有否政府保助? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否	如有, 什麼類形? _____ 醫療卡號碼: _____

如受診者十八歲以下, 請填寫家庭成員資料

父母:	母親姓名: _____ 工作地點: _____
	出生年月日: _____ 工作電話: _____
	父親姓名: _____ 工作地點: _____
	出生年月日: _____ 工作電話: _____
兄弟姊妹:	兄弟姓名及年齡: _____
	姊妹姓名及年齡: _____
有沒有其它家庭成員在本診所接受過治療? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 如有, 姓名: _____	
和受診者居住: <input type="checkbox"/> 媽媽 <input type="checkbox"/> 爸爸 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 受診者是否令養的: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
受診者所就讀學校: _____	
緊急情況下的聯絡人姓名: _____ 電話: _____	

牙醫保險資料

保險持有人: _____	保險持有人: _____
出生年月日: _____	出生年月日: _____
保險公司(一): _____	保險公司(二): _____
保單號碼 (Plan/Policy#): _____	保單號碼 (Plan/Policy#): _____
個人確認號碼 (Cert/ID#): _____	個人確認號碼 (Cert/ID#): _____
受保者確認號碼 (Div#): _____	受保者確認號碼 (Div#): _____
受診者確認號碼 (Dep#): _____	受診者確認號碼 (Dep#): _____
顧主: _____	顧主: _____
與受診者的關係: _____	與受診者的關係: _____

個人資料保護條例

是否同意受權與MONARCH ORTHODONTIC CENTRE將你或你的小孩之個人資料用作以下用途:

是 否 是否同意本診所可以與你的醫生或牙醫聯絡或交流有關你或你的小孩的任何資料

是 否 是否同意本診所可以與你的保險公司聯絡或交流有關你或你的小孩的任何資料

付款資料

負責付款人姓名: _____	聯絡電話: _____
地址: _____	與受診者的關係: _____

監護人或十八歲以上受診者簽名: _____ 日期: _____

受診者健康列明表格

(中文版本表格只作參考, 所有資料必須以英文填寫)

姓: _____	名: _____
家庭醫生: _____	家庭醫生電話: _____
家庭醫生地址: _____	

健康狀況

- | | | | |
|---|--|---------------------------------|---|
| 1. 先天或後天殘缺
如有, 請列明_____ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 | 10. 缺乏免疫力疾病, 愛滋病, 白血病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2. 情緒問題
如有, 請列明_____ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 | 11. 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3. 心臟病, 心漏病, 風濕症; 如有, 醫生有否
建議在修牙齒前服食抗生素?
如要, 請列明_____ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 | 12. 腎病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4. 有否對以下藥物敏感
止痛藥
抗生素
牙科麻醉劑
其它
如有, 請列明_____ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 | 13. 肝炎, 黃疸症 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5. 害重病, 外科手術, 狀況
如有, 請列明_____ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 | 14. 癌症, 腫瘤 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| 6. 現在有否食用任何藥物
如有, 請列明_____ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 | 15. 放射或化療治療 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| 7. 高或低血壓症 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 | 16. 甲狀腺問題 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| 8. 鼻塞症 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 | 17. 關節炎 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| 9. 皰疹, 唇瘡疹 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 | 18. 肺病, 肺癆, 氣喘病, 持續性咳嗽 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| | | 19. 癲癇症, 抽筋, 暈倒, 心神恍惚 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| | | 20. 扁桃腺炎或耳朵發炎 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| | | 21. 吸煙或咀嚼煙草 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| | | 22. 非正常性出血, 血疾病
如有, 請列明_____ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |
| | | 23. 懷孕 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |

牙齒健康狀況

受診者有否啜/含手指習慣?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否
現在還有否啜/含手指?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否
牙齒和口部有否被撞擊過?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否
上一次洗牙和做牙齒檢查是何時?	_____
有否爛牙或牙肉問題?	_____
有否見過牙齒矯形專科?	_____
有否做過牙齒矯形?	_____
受診者有否見醫生恐懼症?	_____
有否以下記錄:	
有否磨牙齒習慣	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否
頭與頸間有否肌肉酸痛	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否
有否不尋常的頭痛	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否
牙關酸痛或移動時發出聲音	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否

監護人或十八歲以上受診者簽名: _____ 日期: _____

