

# Tài Liệu Của Bệnh Nhân

Tài Liệu Cá Nhân			
Họ: _____	Tên: _____	Tên Thường Gọi: _____	
Ngày tháng năm sinh: _____	Tuổi: _____	<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Nữ
Địa Chỉ Nhà: _____	Thành Phố: _____	Tỉnh: _____	Postal Code: _____
Điện Thoại Nhà: _____	Điện Thoại Sở Làm: _____	Điện Thoại Tay: _____	
Người Giới Thiệu: _____	Tên Nhà Sĩ: _____	Điện Thoại: _____	
Bảo Hiểm Nhà Nước? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có thì loại nào? _____	Thẻ Khám Bệnh: _____	

Tài Liệu Gia Đình (Cho bệnh nhân dưới 18 tuổi)	
Cha Mẹ:	Tên của mẹ: _____ Tên của sở làm: _____
	Ngày tháng năm sinh: _____ Điện thoại: _____
Anh Em:	Tên của cha: _____ Tên của sở làm: _____
	Ngày tháng năm sinh: _____ Điện thoại: _____
Anh Em:	Tên và Tuổi của anh em: _____
	Tên và tuổi của chị em: _____
Có người nhà đã làm trị liệu ở văn phòng này chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tên: _____	
Bệnh Nhân Ở Với: <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Ai Khác	
Bệnh Nhân Có Phải Là Con Nuôi: <input type="checkbox"/> Phải <input type="checkbox"/> Không	
Tên Trường Học: _____	
Tên người liên lạc nếu gặp trường hợp khẩn cấp: _____ Điện Thoại: _____	

Tài Liệu Bảo Hiểm Răng	
Người Đứng Tên Bảo Hiểm: _____	Người Đứng Tên Bảo Hiểm: _____
Ngày Tháng Năm Sinh: _____	Ngày Tháng Năm Sinh: _____
Công Ty Bảo Hiểm #1: _____	Công Ty Bảo Hiểm #1: _____
Số Hợp Đồng Bảo Hiểm (Policy#): _____	Số Hợp Đồng Bảo Hiểm (Policy#): _____
Số Bảng (Cert/ID#): _____	Số Bảng (Cert/ID#): _____
Số Phân Loại (Div#): _____	Số Phân Loại (Div#): _____
Số Phụ Thuộc Của Bệnh Nhân (Dep#): _____	Số Phụ Thuộc Của Bệnh Nhân (Dep#): _____
Tên Chỗ Làm: _____	Tên Chỗ Làm: _____
Mọi Quan Hệ: _____	Mọi Quan Hệ: _____

Sự Đồng Ý Bảo Vệ Tài Liệu Cá Nhân	
Tôi đồng ý những tài liệu cho Monarch Orthodontic Centre có thể:	
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Liên lạc qua lại với văn phòng bác sĩ, nha sĩ, v.v...
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Liên lạc qua lại với bảo hiểm răng về cách trị liệu.

Về Mặc Tại Chỉnh	
Tên của người phụ trách trả tiền nếu mà bắt đầu trị liệu: _____	Điện Thoại: _____
Địa Chỉ: _____	Mọi Quan Hệ: _____

Ký Tên: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

# Lịch Sử Răng Và Sức Khỏe

Họ: _____	Tên: _____
Bác Sĩ Gia Đình: _____	-Điện Thoại: _____
Địa Chỉ: _____	

## Tài Liệu Sức Khỏe

1. Bệnh nhân có trường hợp là bị nhức đằm khi bầm, sinh hoặc là ốm yếu tàn tật? Nếu có thì là gì? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	9. Bị bệnh mụn giộp và lở môi <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. Có bị vấn đề xúc cảm? Nếu có là gì? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	10. Bị bệnh miễn dịch (i.e. AIDS, bệnh bạch cầu) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3. Bị bệnh tim hay là sốt thấp khớp. Nếu có thì bác sĩ có cần cho uống Thuốc kháng sinh trước khi trị liệu? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	11. Bệnh tiểu đường <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. Di ứng về những thuốc này: Aspirin hay là những loại thuốc giảm đau Khang sinh Thuốc gây mê răng Những gì khác Nếu có thì về thuốc gì? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	12. Bệnh thận <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5. Có đau yếu hay là làm phẫu thuật chưa? Nếu có thì là gì? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	13. Bệnh gan, da vàng <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
6. Có uống thuốc không? (Thuốc có ghi toa hay là không có ghi toa) Nếu có thì là gì? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	14. Bệnh ung thư hay là khối u <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
7. Bị huyết áp cao, thấp không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	15. Trị liệu bằng bức xạ, hóa liệu pháp <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
8. Mũi và cổ họng có bị dị ứng? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	16. Vấn đề tuyến giáp <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		17. Chứng viêm thấp khớp <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		18. Bệnh phổi (bệnh xuyên, ho không ngừng) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		19. Chân động thân kinh, giật kinh phong <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		20. Đau cơ họng, viêm amidal và đau lỗ tai <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		21. Hút thuốc lá hay là nhai thuốc lá <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		22. Chảy máu không bình thường. Nếu có thì là gì? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		23. Phụ Nữ- có thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

## Tài Liệu Răng

Luc, be có nút ngón tay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Vấn con nút ngón tay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Có bị thương ở miệng hay là răng chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Lần cuối cùng đi khám răng và rửa răng là lúc nào? _____	_____
Có bị sâu răng không? _____	_____
Hỏi ý kiến của bác sĩ niềng răng chưa? _____	_____
Có niềng răng bao giờ chưa? _____	_____
Có sợ hai vôi bác sĩ hay là nha sĩ không? _____	_____
Có lịch sử: Nghiền răng <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bập thịt đau ở đâu và có <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nhức đầu (hơn bình thường), <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Xương hàm đau hay có tiếng lách cách <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Bệnh nhân xin ký tên, nếu mà dưới 18 tuổi thì cha mẹ ký tên: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_