

# Patient Acquaintance Form

Date: \_\_\_\_\_

## Patient Information

氏名 (ローマ字) **Name** : \_\_\_\_\_ (for Japanese Patient: \_\_\_\_\_) 氏名 (漢字)

性別 (男・女) **Gender (M/F)**: \_\_\_\_\_ 生年月日 **Birth Date**: \_\_\_\_\_ 結婚の有無 **Marital Status(Y/N)**: \_\_\_\_\_

ソーシャルセキュリティ番号 **Social Security #**: \_\_\_\_\_ 運転免許証番号 **Driver's License #**: \_\_\_\_\_

住所 **Address**: \_\_\_\_\_

市 **City**: \_\_\_\_\_ 州 **State**: \_\_\_\_\_ 郵便番号 **Zip**: \_\_\_\_\_

勤務先名 **Name of Employer**: \_\_\_\_\_

電話番号 **Phone #**: \_\_\_\_\_ 自宅 **Home** \_\_\_\_\_ 勤務先 **Work** \_\_\_\_\_ 内線番号 **Ext** \_\_\_\_\_

携帯電話 **Cell phone** \_\_\_\_\_ 電子メール アドレス **E - mail address**: \_\_\_\_\_

一番ご都合のよい予約の手段を確認の方法 **How would you like to receive confirmation of your appointment?** イーメール **E-mail** テキスト **TEXT** 電話 **Phone**  
当医院のご紹介者 あるいはその他の紹介機関

**Name of person, or other source referring you to our practice :**

ご友人・知人 おなまえ **Friend (Name)** \_\_\_\_\_ ドクター **Doctor (Name)** \_\_\_\_\_ インターネット **Internet**

広告 **Advertisement** ( \_\_\_\_\_ ) ダイレクトメール **Direct-mail** 商工会名簿 **JBAH Directory** その他 **Others** ( \_\_\_\_\_ )

## Insurance Information

保険会社の名前 (歯科用) **Name of insurance company**: \_\_\_\_\_ 保険加入者の氏名 **Name of insured**: \_\_\_\_\_

ソーシャルセキュリティ番号 **Social Security #**: \_\_\_\_\_ 保険加入者の会社名 **Insured's Employer Name**: \_\_\_\_\_

勤務先住所 **Employer's Address**: \_\_\_\_\_ 保険加入者の生年月日 **Insured's Date of Birth**: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

保険加入者の勤務先電話番号 **Insured's Employer Tel.#**: \_\_\_\_\_ 内線番号 **Ext.**: \_\_\_\_\_

患者の保険加入者との関係 **Patient's relationship to insured**:  Self  Spouse  Child  Other 本人 配偶者 子 その他

## Other Information

最後に歯科受診をされた日はいつですか。 **1) Date of Last Dental Visit** : \_\_\_\_\_ どちらで? **Where?** : \_\_\_\_\_

はい **Yes** いいえ **No**

現在、内科的治療を受けておられますか。 **2) Are you under any medical treatment now?** \_\_\_\_\_

これまでに大きな手術を受けたことがありますか。 **3) Have you had any major operations? If so what?** \_\_\_\_\_

手術名は? **What?** : \_\_\_\_\_ いつごろ? **When?** : \_\_\_\_\_

これまでに頭に大きなケガをしたことがありますか。 **4) Have you had any serious head injuries?** \_\_\_\_\_

薬物に対するアレルギーがありますか。 **5) Have you had any adverse response to any drugs?** \_\_\_\_\_

これまで医師から以下に示す疾患を指摘されたことがありますか。 **6) Has a physician ever informed you that you have:**

心臓病 心臓発作 **Heart ailment/Heart attack?** \_\_\_\_\_

脳卒中 **Stroke?** \_\_\_\_\_

ペースメーカー **Pacemaker?** \_\_\_\_\_

高血圧 **High blood pressure?** \_\_\_\_\_

	はい Yes	いいえ No
呼吸器系疾患 Respiratory disease?	_____	_____
ぜんそく Asthma?	_____	_____
上顎洞炎 Sinus Problems?	_____	_____
結核 Tuberculosis?	_____	_____
糖尿病 Diabetes?	_____	_____
リウマチ熱 Rheumatic fever?	_____	_____
リウマチ又は関節炎 Rheumatism or arthritis? or artificial Joint?	_____	_____
腫瘍 Tumors or cancers?	_____	_____
血液の疾患 Any blood disease?	_____	_____
貧血 Anemia?	_____	_____
肝臓病、 肝炎 黄疸 Any liver disease, hepatitis? Jaundice?	_____	_____
腎臓病 Any kidney disease?	_____	_____
胃腸病 (消化器系疾患) Any stomach or intestinal dise?	_____	_____
性病 Any venereal disease?	_____	_____
てんかん Epilepsy?	_____	_____
緑内障 Glaucoma?	_____	_____
血がとまりにくい Excessive Bleeding?	_____	_____
エイズ AIDS?	_____	_____
精神障害 Mental Disorders?	_____	_____
不安障害 Nervous Disorders?	_____	_____
慢性の咳 Chronic Cough ?	_____	_____
コデインの アレルギー Codeine allergy?	_____	_____
ペニシリン系の抗生物質 アレルギー Penicillin /Amoxicillin allergy?	_____	_____
7) 体重の減少を伴うような寝汗をかくことが ありますか？ Do you have night sweats or any weight loss ?	_____	_____
8) 現在ダイエット中ですか。 Are you on a diet at this time?	_____	_____
9) 現在、服用している薬がありますか。 Are you taking drugs or medications?	_____	_____
現在服用中の薬剤名 Names of drugs or medications you are currently taking: _____		
10) 何か特定の物に対するアレルギーがありますか。 例えは ラテックスなど Are you allergic to any known materials ( Ex . l a t e x )?	_____	_____
11) 傷の治りが遅かったり、化膿したりしやすい方ですか。 Have any wounds healed slowly or any complications?	_____	_____
12) これまでに気を失ったことがありますか。 Do you have a history of fainting?	_____	_____
13) これまでに放射線治療を受けたことがありますか。(腫瘍などの治療等で) Have you had any X-ray treatment for tumor ?	_____	_____
14) (For Woman) (女性の方へ) 現在妊娠中でいらっしゃいますか。 Are you pregnant ?	_____	_____

予定日  
Due Date : \_\_\_\_\_

