Patient Acquaintance Form

Date:_____

Patient Information

氏名（ローマ字）
Name :_____ 氏名（漢字）（for Japanese Patient:_____）

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ー#
Social Security # :_____ 運転免許証番号 Driver's License #:_____

住所
Address:_____

市 州 郵便番号
City:_____ State:_____ Zip:_____

勤務先名
Name of Employer:_____

電話番号 自宅 勤務先 内線番号
Phone # :Home _____ Work _____ 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 確認の方法
How would you like to receive confirmation of your appointment? イーメール E -mail ・ テクスト 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 ） ・ ドクターおなまえ Doctor （Name ） ・インターネット Internet

広告 ダイレクトメール 商工会名簿 その他
Advertisement ( ) ・ Direct-mail ・ JBAH Directory ・ 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ー番号 保険加入者の会社名
Social Security # : _____ Insured's Employer Name: _____

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

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

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

Other Information

最後に歯科受診をされた日はいつですか。 どちらで?
1) Date of Last Dental Visit : _____ 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?		
リューマチ熱 Rheumatic fever?		
リューマチ又は関節炎 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 Any liver disease, hepatitis? 黄疸 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?		
体重の減少を伴うような寝汗をかくことがありますか？ 7) Do you have night sweats or any weight loss ?		
現在ダイエット中ですか。 8) Are you on a diet at this time?		
現在、服用している薬がありますか。 9) Are you taking drugs or medications?		

現在服用中の薬剤名
Names of drugs or medications you are currently taking: _____

何か特定の物に対するアレルギーがありますか。 10) Are you allergic to any known materials (例えばラテックスなど Ex. latex)?		
傷の治りが遅かったり、化膿したりしやすい方ですか。 11) Have any wounds healed slowly or any complications?		
これまでに気を失ったことがありますか。 12) Do you have a history of fainting?		
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） 13) Have you had any X-ray treatment for tumor ?		
（女性の方へ） 現在妊娠中でいらっしゃいますか。 14) (For Woman) Are you pregnant ?		

予定日
Due Date :_____

	はい Yes	いいえ No
現在、喫煙の習慣がありますか。 15) Are you in a habit of smoking?		
現在、健康体でいらっしゃいますか。 16) Are you in general good health at this time?		

//

DENTAL HISTORY

	はい Yes	いいえ No
現在、耳あるいはその付近に痛みがありますか。 17) Do you have pain in or near your ears?		
現在、お口の中に傷や炎症がありますか。 18) Do you have any unhealed injuries or inflammation in mouth?		
現在、噛みしめると痛むところがありますか。 19) Does any part of your mouth hurt when clenched?		
現在、お口の中に痛いところ、あるいは触ると痛いところがありますか。 20) Do you have any sore spots or tenderness in the mouth?		
歯科麻酔（注射）を受けたことがありますか。 21) Any experience to have dental anesthesia in the past?		
歯科の麻酔にアレルギーがありますか。　（注射針もふくむ） 22) Any allergic reactions to dental anesthesia?		
歯を抜くのが困難であったことがありますか。 23) Any difficult extractions in the past?		
歯を抜いたとき、これまでに血が止まりにくかったりしたことがありますか。 24) Prolonged bleeding following extractions in the past?		

Patient Signature　サイン　　*Date　日付*

Consent for Services

As a condition of your treatment by this office, financial arrangements must be made in advance. The practice depends upon reimbursement from the patients for the costs incurred in their care and financial responsibility on the part of each patient must be determined before treatment. All emergency dental services, or any dental services performed without previous financial arrangements, must be paid for in cash at the time services are performed. Patients who carry dental insurance understand that all dental services furnished are charged directly to the patient and that he or she is personally responsible for payment of all dental services. This office will help prepare the patients insurance forms or assist in making collections from insurance companies and will credit any such collections to the patient's account. However, this dental office cannot render services on the assumption that our charges will be paid by an insurance company. A service charge of 1½% per month (18% per annum) on the unpaid balance will be charged on all accounts exceeding 60 days, unless previously written financial arrangements are satisfied. I understand that the fee estimate listed for this dental care can only be extended for a period of 90 days from the date of the patient examination. In consideration for the professional services rendered to me, or at my request, by the Doctor, I agree to pay therefore the reasonable value of said services to said Doctor, or his assignee, at the time said services are rendered, or within five (5) days of billing if credit shall be extended. I further agree that the reasonable value of said services shall be as billed unless objected to, by me, in writing, within the time for payment thereof. I further agree that a waiver of any breach of any time or condition hereunder shall not constitute a waiver of any further term or condition and I further agree to pay all costs and reasonable attorney fees if suit be instituted hereunder. I grant my permission to you or your assignee, to telephone me at home or at my work to discuss matters related to this form. I have read the above conditions of treatment and payment and agree to their content.

Signature of patient, parent or guardian _____ Date: _____ Relationship to Patient: _____

Signature of guarantor of payment/responsible party _____ Date: _____ Relationship to Patient: _____