PATIENT REGISTRATION AND MEDICAL HISTORY

Date日 付 (PLEASE PRINT)	Home Phone自宅電話番号
	Cell Phone携带電話番号
	E-mailメールアドレス
Patient 姓	ネームイニシャルLegal First Name_ <u>本名</u> M.I.
Street Address <u>自宅住所</u> _Apt#_ アパート番号(City市State州Zip郵便番号
Sex性 □ M男 □ F女 Age <u>年齢</u> Birth Date <u>生年月日</u> □ Single独身 □ Married既如	昏 □ Widowed未亡人 □ Separated別居 □ Divorced離婚
Employed by本人の勤務先	Occupation <u>職</u> 種
Business Address <u>勤務先の住所</u>	Business Phone <u>勤務先の電話番号</u>
Spouse Name配偶者の姓名	
Spouse Employed by	Occupation 配偶者の職種
Spouse Business Address配偶者の勤務先住所	Spouse Business Phone_配偶者の勤務先電話番
Who is responsible for this account?支払いの責任者	Relationship to Patient <u>患者との関係</u>
Name of Dental Insurance Company	Group Number保険のグループ番号
Insured Person Name 被保険者名	Insured Person's Birth Date_被保険者の生年月日_
Insured Person's Social Security # <u>被保険者のソーシャルセキュリティー番号</u> Patient's Social Security # <u>患者ソーシャルセキュリティー番号</u>	
In case of emergency, who should be notified? <u>緊急時はどなたに連絡するべきですか?</u> Phone Number <u>その方の電話番号</u>	
Whom may we thank for referring you?どなたが当院を紹介しましたか?	
MEDICAL HISTORY	
Physician's Name	Date of Last Physical最後に受診された日
Have you ever had any of the following (check boxes that apply): かかったことのある病名や症状にチェックをして下さい。	
□ Artificial Heart Valves/Joints人口心臓ベン/関節 □ Coumadin/Blood Thinnerを □ Allergies to Medication/Drugs薬アレルギー □ Diabetic糖尿病 □ Allergies to Anesthetics麻酔アレルギー □ Epilepsy/ Seizersてんかん/□ Asthmaぜんそく □ Excessive Bleeding過度の □ Back Problems腰痛 □ Heart Conditions/Surgery/□ Cancerがん □ Heart Pacemaker心臓ペー □ Chemotherapy/Radiation Treatment □ Hepatitis/Liver Disease肝が 化学治療/放射線治療 □ YES □NO 現在、健康ですか? If "NO", explain _*** *** *** *** *** *** *** *** *** *	□ HIV Positive/AIDSエイズ (けいれん □ Nervous/Panic Disorderパニック障害 出血 □ Rheumatic Feverリューマチ熱
2. Are you currently taking any medication at this time? □YES □NO 現在、何か薬を服用されてますか? If "YES", name of the medications	
3. Do you have any drug allergies or have you ever had an adverse reaction to any mediation? □YES □NO 薬に対してアレルギーやひどい副作用がありますか?又は以前にそのようなことが起こったことはありますか? If "YES", name of the drug/medication_"はい"の場合、その薬の名前を記入して下さい。	
4. Are you currently under care of a physician? □YES □NO 現在、医師にて何かの治療を受けてますか? If "YES", for what condition?"はい"の場合、何の症状で治療を受けているか記入して下さい。	
5. (Women Only) Do you suspect that you are pregnant? □YES □NO (女性の方のみ) 妊娠されている又はその可能性がありますか? 6. Is there anything else we should know about your medical history? その他に何か健康上の問題などがあれば記入して下さい。	
The above Information is accurate and complete to the best of my knowledge and is only for use in my treatment and the billing and processing of insurance claims. I authorize Dr. Baba to perform necessary dental procedures and will not hold him or any member of his staff, responsible for any errors or omissions I may have made in the completion of this form. 上記の事柄は知る限り確かな情報で、治療及び保険請求に使う為のものです。 この用紙に記載しなかった事柄や間違えて記載された事柄に関して歯科医とその従業員に責任はありません。	

 Date
 日 付
 Signature
 ご署名