

(Children and Students Information Form)  
PATIENT REGISTRATION AND MEDICAL HISTORY

Date \_\_\_\_\_ (PLEASE PRINT) Home Phone \_\_\_\_\_ 自宅電話番号  
 Cell Phone \_\_\_\_\_ 携帯電話番号  
 E-mail \_\_\_\_\_ メールアドレス

Patient \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_ 名(常に使っている名前又はニックネーム) \_\_\_\_\_ ミドルネームイニシャル \_\_\_\_\_ Legal First Name \_\_\_\_\_ 本名  
 Last Name Preferred First Name M.I.

Street Address \_\_\_\_\_ 自宅住所 \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ アパート番号 \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ 郵便番号

Sex性  M男  F女 Age \_\_\_\_\_ 年 齡 \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_ 生年月日

School Status (If college student) 大学へ通っている方のみ  Full-time  Part-time School Name \_\_\_\_\_ 学校の名前

Father's Name \_\_\_\_\_ 父親の姓名  
 Mother's Name \_\_\_\_\_ 母親の姓名

Who is responsible for this account? \_\_\_\_\_ 支払い責任者 Relationship to Patient \_\_\_\_\_ 患者との関係

Responsible Parent Employed by \_\_\_\_\_ 支払い責任の親の勤務先 Occupation \_\_\_\_\_ 職業

Business Address \_\_\_\_\_ 支払い責任の親の勤務先の住所 Business Phone \_\_\_\_\_ 勤務先電話番号

Name of Dental Insurance Company \_\_\_\_\_ 歯科保険会社の名前 Group Number \_\_\_\_\_ 保険グループ番号

Insured Person Name \_\_\_\_\_ 被保険者の姓名 Insured Person's Birth Date \_\_\_\_\_ 被保険者の生年月日

Insured Person's Social Security # \_\_\_\_\_ 被保険者のソーシャルセキュリティ番号 Patient's Social Security # \_\_\_\_\_ 患者のソーシャルセキュリティ番号

In case of emergency, who should be notified? 緊急時はどなたに連絡するべきですか? Phone Number \_\_\_\_\_ その方の電話番号

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 \_\_\_\_\_ かかりつけの内科医名 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。

<input type="checkbox"/> Artificial Heart Valves/Joints 人口心臓弁/関節	<input type="checkbox"/> Coumadin/Blood Thinner 抗凝血剤	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure 高血圧
<input type="checkbox"/> Allergies to Medication/Drugs 薬アレルギー	<input type="checkbox"/> Diabetic 糖尿病	<input type="checkbox"/> HIV Positive/AIDS エイズ
<input type="checkbox"/> Allergies to Anesthetics 麻酔アレルギー	<input type="checkbox"/> Epilepsy/ Seizers てんかん/けいれん	<input type="checkbox"/> Nervous/Panic Disorder パニック障害
<input type="checkbox"/> Asthma ぜんそく	<input type="checkbox"/> Excessive Bleeding 過度の出血	<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever リューマチ熱
<input type="checkbox"/> Back Problems 腰痛	<input type="checkbox"/> Heart Conditions/Surgery 心臓病/心臓手術	<input type="checkbox"/> Sinus Problems 鼻腔の病気
<input type="checkbox"/> Cancer がん	<input type="checkbox"/> Heart Pacemaker 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> Stroke 脳卒中
<input type="checkbox"/> Chemotherapy/Radiation Treatment 化学治療/放射線治療	<input type="checkbox"/> Hepatitis/Liver Disease 肝炎/肝臓病	<input type="checkbox"/> Ulcer 胃潰瘍

1. Are you currently in good health?  YES  NO 現在、健康ですか?  
 If "NO", explain \_\_\_\_\_ "いいえ"の場合、理由を記入して下さい。

2. Are you currently taking any medication at this time?  YES  NO 現在、何か薬を服用されていますか?  
 If "YES", name of the medications \_\_\_\_\_ "はい"の場合、その薬の名前を記入して下さい。

3. Do you have any drug allergies or have you ever had an adverse reaction to any medication?  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いますか?  
 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. If patient is a child, what is his/her weight? \_\_\_\_\_ (お子様のみ) 現在の体重を記入して下さい。

7. 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 \_\_\_\_\_ Parent's Signature(if child is under 18) \_\_\_\_\_ 署名 (お子様が18歳以下の場合は保護者の署名)