



患者氏名 Ms. Mrs. Mr. Dr. _____ 生年月日 _____ / _____ / _____
Patient _____ Birthday _____

医療費支払人 _____
Person Responsible for Account _____

自宅住所 _____ 自宅電話番号 _____
Home Address _____ Home Phone _____

市町村 / 州 / 郵便番号 _____
City / State / Zip _____

雇用主 _____ 勤務先電話番号 _____
Employer _____ Business Phone _____

雇用主住所 _____
Employer Address _____

市町村 / 州 / 郵便番号 _____
City / State / Zip _____

当院への紹介者 _____
Who referred you to this office? _____

かかりつけの歯科医 _____ 患者の社会保障番号 _____
Family Dentist _____ Patient's SS# _____

第一の 歯科治療保険

PRIMARY DENTAL INSURANCE

被保険者氏名 _____
Subscriber Name _____

被保険者の社会保障番号又は ID 番号 _____ 生年月日 _____
Subscriber's SS# or ID# _____ Date of Birth _____

被保険者の雇用主 _____ グループ No. _____
Subscriber's Employer _____ Group # _____

第一の 歯科治療保険会社名および住所 _____
Name & Address of Primary Insurance Co. _____

第二の 歯科治療保険

SECONDARY DENTAL INSURANCE

被保険者氏名 _____
Subscriber Name _____

被保険者の社会保障番号又は ID 番号 _____ 生年月日 _____
Subscriber's SS# or ID# _____ Date of Birth _____

被保険者の雇用主 _____ グループ No. _____
Subscriber's Employer _____ Group # _____

第一の 歯科治療保険会社名および住所 _____
Name & Address of Secondary Insurance Co. _____

患者の情報および保険に関する開示許可
AUTHORIZATION FOR INFORMATION AND INSURANCE RELEASE

私は、かかりつけの歯科医および保険金請求処理目的での保険会社への情報の開示を許可します。私は自分の歯科治療にかかったすべての費用の支払い責任は自分であることを理解しています。私はこの歯内治療専門機関が特定の保険プランに加盟しているプロバイダーではないことを理解しており、また、自分の保険担保条件を知っている責任は自分であることを理解しています。サービスを受けたときに自分が料金の全額を支払わない場合は、本来自分に支払われるべき歯科治療保険金がJames R. Murrin, DDS, MS, Inc.に直接支払われることをここに許可します。

_____/_____/_____
署名(雇用主又は配偶者、未成年者の場合は親) 日付
Signed (Employee or Spouse, Parent if minor) Date

現在又は過去に以下の疾患があった/治療を受けたことはありますか？
 Have you had, or do you presently have any of the following conditions?

	有 Yes	無 No		有 Yes	無 No
心臓発作 - 日付 _____ Heart Attack - Date	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	顎関節(TMJ)疾患..... Jaw Joint (TMJ) Problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
心臓手術 - 日付 _____ Heart Surgery - Date	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	潰瘍..... Ulcers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
心臓病..... Heart Disease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	大腸炎又は過敏性大腸症候群..... Colitis or Irritable Bowel Syndrome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
大動脈弁狭窄症..... Aortic Stenosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	頭部、口又は唇の腫瘍、新生物又はその他の疾患を治療 するための手術又は X 線療法..... Surgery or x-ray treatment for a tumor, growth, or other condition of the head, mouth, or lips	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
細菌性心内膜炎..... Bacterial Endocarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AIDS 又は HIV 陽性..... AIDS or HIV Positive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
人工血管移植..... Artificial Vascular Graft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AIDS or HIV 陽性..... Hepatitis, Jaundice, or Liver Disease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
胸痛/狭心症..... Chest Pain/Angina Pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	肝炎、黄疸又は肝臓病..... 輸血..... Blood Transfusion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
高/低血圧..... High/Low Blood Pressure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	薬物中毒/アルコール依存症..... Drug Addiction/Alcoholism	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
心雑音..... Heart Murmur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	血友病又は出血多量..... Hemophilia or Excessive Bleeding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
リウマチ熱/リウマチ性心疾患..... Rheumatic Fever/Rheumatic Heart Disease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	性病..... Sexually Transmitted Disease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
先天性心疾患/僧帽弁逸脱..... Congenital Heart Lesions/Mitral Valve Prolapse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	口唇ヘルペス/ヘルペス..... Cold Sores/Herpes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
人工心臓弁..... Artificial Heart Valve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	緑内障..... Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
心臓ペースメーカー..... Heart Pacemaker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	うつ病/精神科治療..... Depression/Psychiatric Treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
人工関節/補綴具..... Artificial Joint/Prosthesis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	アレルギー/花粉症..... Allergies/Hay Fever	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
脳卒中..... Stroke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	喘息..... Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
腎臓病..... Kidney Disease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	副鼻腔疾患..... Sinus Trouble	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
がん又は腫瘍..... Cancer or Tumors	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	発作/てんかん..... Seizures/Epilepsy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
甲状腺疾患..... Thyroid Disease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	関節炎..... Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
肺疾患/結核..... Lung Disease/Tuberculosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	フェン・フェン又はリダックスによるダイエット..... Phen-Fen or Redux Diet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
糖尿病..... Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

以下のものにアレルギー反応又は異常な反応を起こしたことが今までに有りますか？

Have you ever had an allergic or unusual reaction to any of the following?

	有 Yes	無 No		有 Yes	無 No
局所麻酔(ノボカイン)..... Local Anesthetics ("Novocaine")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ペニシリン..... Penicillin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
アスピリン又はイブプロフェン(アドヴィル)..... Aspirin or Ibuprofen (Advil)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	エリスロマイシン又はその他の抗生物質..... Erythromycin or Other Antibiotics	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
アセトアミノフェン(タイレノール)..... Acetaminophen (Tylenol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	テトラサイクリン..... Tetracycline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
バルビツール/鎮静剤(睡眠薬)..... Barbiturates/Tranquilizers (Sleeping Pills)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	その他の薬..... Any Other Medication or Drugs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
コデイン又はその他の麻薬..... Codeine or Other Narcotics	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	どの薬ですか? Which Ones? _____		
ラテックス/ゴム材料..... Latex/Rubber Materials	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

現在又は過去にアクトネル、フォサマックス、ゾメタなどのビスフォスフォネート製剤を使用したことがありますか？
 Are you currently taking or have you previously taken bisphosphonate medications, such as Actonel, Fosamax, or Zometa,?

現在喫煙しているか、タバコ製品を使用していますか？ はい いいえ
 Are you currently a smoker, or a user of tobacco products? Yes No

女性:

いる いない
Yes No

いる いない
Yes No

妊娠していますか?.....○ ○

Are You Pregnant?

妊娠を望んでいますか?.....○ ○

Do You Anticipate Becoming Pregnant?

母乳で授乳していますか?.....○ ○

Are You Breast Feeding?

している場合は、何ヶ月間ですか?

If Yes, How Many Months? _____

現在使用している薬(市販薬、処方箋薬、又は漢方薬/代替療法薬)をすべて書いてください。

Please list any medications (over the counter, prescription, or herbal/alternative) that you are taking now:

歯科治療に伴い重度の合併症が起きたことがある場合は説明してください。

If you have had any serious complications involving dental treatment, please explain:

説明と同意(Informed Consent): 私は、根管治療は本来であれば抜歯の必要な歯を保持するための処置であることを理解しています。時には患者が術後に不快感を覚えたり腫れが生じたりすることがあり、数日間服薬が必要な場合もあります。根管治療の成功率は非常に高くなっていますが、生物学的治療でもありますので保証はできません。時には根管治療を受けた歯に再治療、手術、抜歯が必要になることもあります。

患者(又は保護者)の署名
Patient (or Guardian) Signature

日付
Date

更新
Updates