

中央牙科的史医生和诊所员工热情欢迎您来到我们的牙科诊所。我们将尽一切可能帮助您牙齿需要，并减轻您在求医过程中的压力和恐惧心理。请尽可能详尽的填写以下表格，以便我们能够提供符合您自身健康需求的高质量的牙科服务。错误的健康记录或缺少健康记录可能会影响到您的治疗。如果您有任何问题我们都将很乐意的帮助你，

**第1部分：病人信息**

名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_ 中名 \_\_\_\_\_ 生日 (月/日/年) \_\_\_\_\_ 性别 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

电话号码: 家庭电话 \_\_\_\_\_ 移动电话 \_\_\_\_\_ 工作电话 \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ (若无SSN则须提前缴纳费用) 电子邮件 \_\_\_\_\_

法定监护人 (未成年人填写此项) \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_ 地址 \_\_\_\_\_

紧急联系人 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_ 您的推荐人是 \_\_\_\_\_

**第2部分：治疗历史**

来访目的 \_\_\_\_\_ 您最近一次访问牙医的时间 \_\_\_\_\_

您最近一次做牙齿清洁的时间 \_\_\_\_\_ 您最近一次全口腔X光照射的时间 \_\_\_\_\_

您对您的口腔状况还有什么其他担忧 (请选择或是列出其他问题)? (牙痛, 牙龈出血, 牙齿冷热敏感, 下颌关节有响声, 口腔异味, 牙齿变色, 牙齿畸形, 或列举出其他问题: \_\_\_\_\_)

您还有什么其他特殊担忧(请选择或是列出其他问题)? (畏惧, 时间, 费用, 或其他 \_\_\_\_\_)

**第3部分：付费方式**

1. 自费:  现金  支票 其他方式 \_\_\_\_\_

2. 保险: 保险公司名称 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

投保人姓名 \_\_\_\_\_ 投保人生日 \_\_\_\_\_ 保险卡号码 \_\_\_\_\_

投保人地址 (如果与您的地址不同则填写此项) \_\_\_\_\_

3. 其他付款人: 姓名 \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

**我确认以上提供的信息以及健康记录表格真实准确。我知道我的信息将被严格保密。我委任史医生和他的助手在我的同意下为我提供任何必要的诊断和治疗。我同意支付治疗服务所需费用。**

签名 (成年病人或未成年人的合法监护人) \_\_\_\_\_ 日期 (月/日/年) \_\_\_\_\_