



新病人表格
(18 岁以下由家长填写) 请用英文填写

姓:		名:		若有英文名:	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住址(门牌及街道)		城市:		省 / 邮编	
家庭电话: <input type="checkbox"/> 主要联系方式		手机: <input type="checkbox"/> 主要联系电方式		预约提醒:	
				电话 短信 邮件	
电子邮件: <input type="checkbox"/> 主要联系方式				生日: (月/日/年)	
				/ /	
是否有牙科保险? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			身份证件号码 及 种类:		
是如何知道这个诊所的:					
在诊所的家庭其它成员:					

我们会竭尽所能在舒适和轻松的环境里为您提供最好的牙科服务. 为了满足您的牙科需求,请阅读以下诊所的规定:

预约规定 * 预约通过电话或者邮件提醒*****

如果您的预约时间有变动,请在预约前两天通知诊所进行修改, 否则将会有\$50 费用产生.诊所会有急诊名单,其中的病人有疼痛或者紧急牙科需求.提早提醒我们预约修改可以使我们更快的联系急诊病. 如果有连续临时取消预约或者错过预约的病人,我们将无法再进行预约.感谢您的理解.

签名

诊所工作人员签名

付款规定

请将治疗费用在治疗完成当天缴付. 如果有牙科保险,请您了解保险具体的条款.我们会尽量为您处理牙科保险的递交. 因为加拿大保护隐私法,很多保险公司不会直接与牙科诊所联系您的信息.保险公司也不会向我们提供其它诊所对您牙科保险使用的情况 我们将会提供治疗信息给您的保险公司, 但是如果诊所在 60 天内没有收到相应的保险报销金额, 您将需要缴付并联系您的保险公司. 我们将尽力给您准确的保险报销金额, 而您将对保险不报销的费用负责.

如果您对以上诊所的规定和条款了解并同意, 准许诊所使用您的保险信息联系您的保险公, 并且允许保险公司将报销金额直接联系 Elgin Corners Dental, 请在下方署名及签字.

十分感谢您的支持和信任,我们将竭尽所能为您提供最好的牙科服务.

署名

签字

日期(月/日/年)

工作人员简签 / Staff Initials _____

健康表格

请问您有家庭医生吗?

YES NO

家庭医生姓名 _____

联系电话 _____

家庭医生上次问诊的原因: _____

您是否有过重大疾病,或者住过院?请填写原因 _____

是否有以下疾病:(请圈注)

高血压/低血压	高胆固醇	心脏病	中风	风湿热
经导管主动脉瓣置换术	心杂音	甲乙丙肝	糖尿病	人工关节
免疫缺陷疾病	结核病	出血性疾病	哮喘	口干
抑郁症/焦虑症	精神科护理	骨质疏松	癫痫	癌症
肾功能缺陷	使用双磷酸盐(骨癌治疗药物)	艾滋病阳性	艾滋病	

其它疾病及治疗: _____

过敏史:(圈注) 青霉素 红霉素 乳胶 四环素 磺胺类药物 可待因

其它药物/食物过敏 _____

请列举所有使用的药 _____

请列举其它保健类食品或者药物 _____

在牙科治疗前是否需要服用抗生素? YES NO

是否吸烟?若是,多少年吸烟史? YES NO

请问在前六个月是否有使用过违禁药品? YES NO

若有,请列举 _____

女士:请问是否备孕,怀孕,或者哺乳? YES NO

请问是否有服用避孕药? YES NO

牙科治疗史

上次看牙时间 _____ 原因 _____

对之前的牙齿治疗是否有不好的经历 _____

牙齿敏感(请圈注) 甜 冷 热 咀嚼

是否接受过正畸治疗? YES NO

是否佩戴保持器? YES NO

对您的牙齿是否满意? YES NO

您对目前口腔健康/牙齿有什么期待? _____

我们会对您填写所有信息进行保密. 为了给您提供正确的治疗, 请您对以上问题进行准确填写. 如果有任何牙齿或者健康史的变更, 请您务必在第一时间告知我们. 必要的时候, 您将同意我们与家庭医生或者专科医生联系获取您的健康信息. 同时, 您也同意在必要的时候进行测试及拍摄牙科齿片 x-rays 来辅助诊断.

署名 _____

签字 _____

日期 (月/日/年) _____

工作人员简签 / Staff Initials _____