



Today's Date _____

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

| | | | |
|---|--|---|-------------------|
| Name (Last, First, M.I.): _____ | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | DOB: _____ |
| How do you wish to be addressed? | | | SSN: _____ |
| Marital status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Domestic Partner <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed | | | |
| How did you hear about us? | | | |
| 1. Online (Google, Yelp, Website) 2. Friend/family referred me. If so, whom may we thank for the referral? _____ 3. Insurance referral 4. Others _____ | | | |
| Home Address | | Mailing Address | |
| Street: _____ | | Street: _____ | |
| City: _____ State: _____ Zip Code: _____ | | City: _____ State: _____ Zip Code: _____ | |
| Home Phone: () | | Work Phone: () | |
| Cell Phone: () | | Email: _____ @ _____ | |
| Employer: _____ | | How Long? _____ | |
| Spouse's Name (Last, First, M.I.): _____ | | Spouse's DOB: _____ | |
| Spouse's Employer _____ | | Spouse's SSN: _____ | |
| Who to notify in case of emergency: _____ | | Phone number: () _____ | |
| Primary Dental Insurance | | Secondary Dental Insurance | |
| Employee name: _____ | | Employee name: _____ | |
| Date of Birth: _____ SSN: _____ | | Date of Birth: _____ SSN: _____ | |
| Employer: _____ | | Employer: _____ | |
| Name of Insurance Company: _____ | | Name of Insurance Company: _____ | |
| Insurance Address: _____ | | Insurance Address: _____ | |
| Phone Number: () | | Phone Number: () | |
| Insurance ID Number: _____ | | Insurance ID Number: _____ | |
| Group Number: _____ | | Group Number: _____ | |
| Dental History | | | |
| What is the purpose of this visit? | | | |
| Do you have a specific dental problem that needs attention now? If so, what is it? | | | |



Today's Date _____

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

| | | |
|---|--|------------------|
| Do you need to pre-medicate prior to dental appointments? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | | |
| What is the date of your last dental visit? | What is the date of your last dental cleaning? | |
| Have you had dental x-rays taken within the last 5 years? | | |
| Who was your previous dentist? And were there any concerns? If so, please list them. | | |
| Address & Phone Number: | | |
| Do you clench or grind your teeth? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | Does your jaw click or pop? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |
| Have you experienced any pain or soreness in the muscles of your face or ear? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | | |
| Does food get caught between your teeth? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | Are any of your teeth sensitive to <input type="checkbox"/> heat <input type="checkbox"/> cold <input type="checkbox"/> pressure <input type="checkbox"/> sweets ? | |
| How often do you brush your teeth? | How often do you floss? | |
| Do your gums bleed or hurt when brushing or flossing? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | Has anyone told you your breath is offensive? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |
| Have you previously had gum surgery? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | Have you been treated for periodontal disease? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |
| Are you happy with the appearance of your teeth? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | Have you had any unpleasant dental experiences? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |
| Do you have any questions or concerns? | | |
| Medical History | | |
| When was your last complete physical exam? | Reason? | |
| Physician's Name & Phone Number: | | |
| Have you been hospitalized in the last 5 years? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Reason: | | |
| List your prescribed drugs and over-the-counter drugs, such as vitamins and inhalers | | |
| Drug Name | Strength | Frequency |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Have you ever taken Fosamax or any other osteoporosis medications? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | | |
| Are you allergic to or had an adverse reaction to any medication, including penicillin? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | | |
| Are you allergic to anesthetic or latex? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | Have you ever been diagnosed with sleep apnea? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |



Today's Date _____

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

Please check ALL answers, yes OR no. Do you have or have you been treated for, or told you might have:

| Yes | No | | Yes | No | | Yes | No | | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artificial Joint | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Low Blood Pressure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kidney Disease | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Valve Disease | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stroke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jaundice | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respiratory Disease |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Disease | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Radiation Treatment | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fainting Spells |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | AIDS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Murmur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Menopause |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mitral Valve Prolapse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sleep Apnea |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis Type: _____ When: _____ |

| | | |
|---|---|--|
| Are you pregnant? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | Do you smoke? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | Do you consume alcoholic beverages? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |
|---|---|--|

| | |
|--|--|
| Have you ever bled excessively after being cut or wounded? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | Have you ever tested positive for the AIDS antibody? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |
|--|--|

| | |
|--|----------|
| Have you ever had any other serious medical problem? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | Explain: |
|--|----------|

Is there anything else we should know about your health?

Authorization & Release

I have read and answered the above questions to the best of my knowledge; I authorize & request my insurance company to pay the dentist or dental group insurance benefits otherwise payable to me. I authorize the doctor to release all information to secure the payment of benefits. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

Signature of patient

Date



Today's Date _____

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

| | | | | |
|--|--|-------------------------------|----------|------|
| 名前 (姓、名) : | | 口男 | 口女 | 誕生日: |
| どのように対処したいですか? | | | | SSN: |
| 婚姻状態: <input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> 国内 パートナー <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 分離 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未亡人 | | | | |
| この紹介に感謝するのは誰ですか? | | | | |
| 自宅住所 通り: _____ | | 送り先 通り: _____ | | |
| 市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____ | | 市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____ | | |
| 自宅の電話: () | | 勤務先の電話: () | | |
| 携帯電話: () | | Eメール: _____ @ _____ | | |
| 雇用主: | | どのくらいの期間? _____ | | |
| 配偶者の名前 (姓、名) : | | | 配偶者の誕生日: | |
| 配偶者の雇用主 | | | 配偶者のSSN: | |
| 緊急の場合に通知する人: | | 電話番号: () | | |
| 一次歯科保険 | | 二次歯科保険 | | |
| 従業員名: _____ | | 従業員名: _____ | | |
| 生年月日: _____ SSN: _____ | | 生年月日: _____ SSN: _____ | | |
| 雇用主: _____ | | 雇用主: _____ | | |
| 保険会社の名前: _____ | | 保険会社の名前: _____ | | |
| 保険アドレス: _____ | | 保険アドレス: _____ | | |
| 電話番号: () | | 電話番号: () | | |
| 保険番号: _____ グループ番号: _____ | | 保険番号: _____ グループ番号: _____ | | |
| 歯科歴 | | | | |
| この訪問の目的は何ですか? | | | | |
| 今注意を必要とする特定の歯の問題を抱えていますか? もしそうなら、それは何ですか? | | | | |
| 歯の予約の前に事前に薬を飲む必要がありますか? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | | | | |
| 最後の歯科訪問の日はいつですか? | | 最後の歯科洗浄の日はいつですか? | | |
| 過去5年以内に 歯科用レントゲン写真を撮ったことがありますか? | | | | |



Today's Date _____

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

| | |
|--|---|
| 前の歯医者は誰ですか？ | |
| 住所と電話番号： | |
| 歯を噛み込むか、または磨きますか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | 顎はクリックまたはポップしていますか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |
| 顔や耳の筋肉に痛みや痛みを経験しましたか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |
| 食べ物はあなたの歯の間に巻き込まれますか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | 歯のどれかに敏感ですか <input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> 冷たい <input type="checkbox"/> 圧力 <input type="checkbox"/> お菓子？ |
| どのくらいの頻度で歯を磨きますか？ | どのくらいの頻度でフロスをしますか？ |
| 歯磨きやフロスをするときに 歯茎が出血したり 怪我をしたりしますか。 <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | 誰もが あなたの息が攻撃されて 言われていますか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |
| 以前に歯肉手術を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | 歯周病の治療を受けましたか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |
| 歯の外観に満足していますか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | 不快な歯科経験がありましたか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |
| 質問や懸念がありますか。 | |

病歴

| | |
|--|-----|
| 最後の完全な健康診断はいつですか？ | 理由： |
| 医師の名前と電話番号 | |
| この5年間で入院しましたか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | 理由： |

処方された薬や市販の薬(ビタミンや吸入器など)をリストアップする

| 薬品名 | 投与強度 | 周波数 |
|-----|------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|--|---|
| Fosamaxまたは他の骨粗鬆症 治療薬を服用したことがありますか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |
| ペニシリン を含む何らかの薬に対してアレルギーがあるか、または副作用を示しましたか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |
| 麻酔薬やラテックスに対してアレルギーがありますか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | 睡眠時無呼吸と診断されたことがありますか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |

すべての答えを確認してください、はいまたはいいえ。治療を受けたことがありますか

| Yes | No | Yes | No | Yes | No | Yes | No | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 人工関節 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 低血圧 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 腎臓病 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 貧血 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 心臓弁膜症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ストローク | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 黄疸 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 呼吸器疾患 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 心臓病 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 放射線治療 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ヘルペス1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 失神スペル |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | リウマチ熱 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 癌 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ヘルペス2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | エイズ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ハート マーマー | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 喘息 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | てんかん | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 閉経 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 僧帽弁逸脱 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | じんましん | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 関節炎 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 睡眠時無呼吸 |



Today's Date _____

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

高血圧 糖尿病 結核 肝炎の種類： _____ いつ： _____

妊娠している？ Y N

タバコは吸いますか？ Y N

アルコール飲料を飲みますか？ Y N



Today's Date _____

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

| | |
|--|--|
| 切られたか、負傷した後に過度に出血したことがありますか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | エイズ抗体について陽性をテストしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |
| 他に深刻な医学的問題を抱えたことはありますか？ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | 説明する: |
| 健康について他に知っておくべきことはありますか？ | |
| 承認とリリース | |
| <p>私は自分の知る限りで上記の質問を読み、答えました。私は自分の保険会社に、そうでなければ私に支払わなければならない歯科医または歯科グループの保険給付を支払うことを承認し、要求します。私は医師に給付金の支払いを確実にするためにすべての情報を公開することを許可します。私は、保険による支払いの有無にかかわらず、すべての請求に対して財政的に責任があることを理解しています。私はすべての保険申請にこの署名を使用することを許可します。</p> | |
| 患者の日付の署名 _____ | 今日の日付 _____ |