



PATIENT INFO 患者信息

今天的日期: _____

姓名: _____ 出生日期: _____ 男 M 女 F
姓 Last 名 First 中 (縮寫) MI 首選名稱 Preferred

住家地址: _____
街 市 州 編碼

學校: _____ 學校城市: _____ 成績: _____

MEDICAL HISTORY 病史

醫師: _____ 電話: _____ 上次診看日期: _____

患者現在有看醫生嗎 (non-routine care)? _____

請列出所使用的藥物 (medication): _____

請列出所有的過敏物 (allergies): _____

請列出所有的住院治療(何時和原因) [hospitalizations]: _____

請勾選下列所有適用的情況(若沒有, 請在最後一欄中選“沒有”)。

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abnormal Bleeding 異常出血 | <input type="checkbox"/> Down Syndrome 唐氏綜合症 | <input type="checkbox"/> Premature Birth 早產 |
| <input type="checkbox"/> AIDS / HIV+ 艾滋病 | <input type="checkbox"/> Drug / Alcohol Abuse 藥物/酒精濫用 | <input type="checkbox"/> Mental Disability 精神疾病 |
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD 注意力缺乏多動障礙 | <input type="checkbox"/> Eating Disorder 進食障礙 | <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy 肌營養不良症 |
| <input type="checkbox"/> Anemia 貧血 | <input type="checkbox"/> Eczema 濕疹 | <input type="checkbox"/> Orthopedic Disorder 骨科疾病 |
| <input type="checkbox"/> Arthritis 關節炎 | <input type="checkbox"/> Emphysema 肺氣腫 | <input type="checkbox"/> Pacemaker 心臟起搏器 |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Breathing Problems 哮喘 / 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> Epilepsy / Seizures 癲癇 / 緝獲 | <input type="checkbox"/> Pregnancy 懷孕 |
| <input type="checkbox"/> Autism 自閉症 | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal Disorder 胃腸道疾病 | <input type="checkbox"/> Psychiatric Condition 精神病 |
| <input type="checkbox"/> Birth Defects 出生缺陷 | <input type="checkbox"/> Hay Fever 花粉症 | <input type="checkbox"/> Respiratory Disease 呼吸系統疾病 |
| <input type="checkbox"/> Bladder Problems 膀胱問題 | <input type="checkbox"/> Hearing Impaired / Deaf 聽力障礙/聾人 | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever 風濕熱 |
| <input type="checkbox"/> Blood Transfusions 輸血 | <input type="checkbox"/> Heart Disease 心臟病 | <input type="checkbox"/> Sick Cell Disease 鎌狀細胞疾病 |
| <input type="checkbox"/> Brain / Spinal Injury 腦/脊髓損傷 | <input type="checkbox"/> Heart Murmur 心雜音 | <input type="checkbox"/> Speech Problems 言語問題 |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy 腦癱 | <input type="checkbox"/> Hepatitis 肝炎 A / B / C | <input type="checkbox"/> Spina Bifida 脊柱裂 |
| <input type="checkbox"/> Cleft Lip / Palate 唇裂/腭裂 | <input type="checkbox"/> Herpes / Fever Blisters 皰疹 / 熱水泡 | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease 甲狀腺疾病 |
| <input type="checkbox"/> Craniofacial Condition 顱面疾病 | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure 血壓高 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) 肺結核 |
| <input type="checkbox"/> Cancer / Tumor 癌症 / 瘤 | <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis 感染性心內膜炎 | <input type="checkbox"/> Vision Impairment / Blind 視力障礙/盲目 |
| <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis 囊性纖維化 | <input type="checkbox"/> Kidney Disease 腎臟疾病 | <input type="checkbox"/> NONE 沒有 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Liver Disease 肝病 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure 低血壓 | |

我們還應該知道有關您孩童的其他事項嗎 (諸如 ; 一些情緒和行為上的情況等)? _____

DENTAL HISTORY 牙科病史

患者第一次看牙醫 (first visit): Yes 是 No 不是 若不是, 以前的經驗好嗎 (good experience)? Yes 好 No 不好

此前的牙醫: _____ 上次看診日期: _____ 上次X光日期: _____

請檢查所有適用的口腔習慣。 患者目前牙齒痛嗎 (any pain)? Yes 痛 No 不痛

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jaw Clenching 牙關緊閉 | <input type="checkbox"/> Nursing / Bottle 哺乳/ 奶瓶 | <input type="checkbox"/> Nail Biting 啃咬指甲 | <input type="checkbox"/> Other 其他: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tongue Thrusting 舌外吐 | <input type="checkbox"/> Mouth Breathing 嘴巴呼吸 | <input type="checkbox"/> Pacifier Use 奶嘴 | <input type="checkbox"/> Thumb / Finger Sucking 吮指 |
| <input type="checkbox"/> Teeth Grinding 磨牙 | <input type="checkbox"/> Lip / Cheek Biting 咬唇/咬頰 | | |

患者刷牙次數 (brush): 每天一次 (1x) 每天兩次 (2x) 其他: _____ 自己刷 (self) 成人幫助 (adult)

患者使用牙線次數 (floss): 沒有用 (0x) 每天一次 (1x) 其他: _____ 自己用 (self) 成人幫助 (adult)

患者是否使用任何氟化物: 牙膏 Toothpaste 藥片 Tablets 漱口水 Mouthrinse 水 Water 點滴 Drops



患者姓名: _____ 出生日期: _____ 今天的日期: _____
姓 Last 名 First

SIGNATURE 簽名

我已盡我所知，回答上述有關我孩童的信息、病史、牙科病史。我明白，若提供不正確的信息，可能對我的孩童有危險。若患者有任何身體狀況和藥物上的改變，我有責任告知我的牙醫。

父母簽名 Signature: _____ 牙醫簽名 Dr Sig: _____

PARENT 1 INFO 父母一 母親 Mother 父親 Father 親生 Bio 繼/後 Step 養 Adopt 其他 Other

姓名: _____ 出生日期: _____ 年齡: _____ 男 M 女 F
姓 Last 名 First 中 (縮寫) MI

地址: _____
街 市 州 編碼

手機 Cell: _____ 家電話 Home: _____ 電子郵件: _____

雇主 Employer: _____ 雇主電話: _____ 佔用: _____

雇主地址: _____
街 市 州 編碼

PARENT 2 INFO 父母二 母親 Mother 父親 Father 親生 Bio 繼/後 Step 養 Adopt 其他 Other

姓名: _____ 出生日期: _____ 年齡: _____ 男 M 女 F
姓 Last 名 First 中 (縮寫) MI

地址: _____
街 市 州 編碼

手機 Cell: _____ 家電話 Home: _____ 電子郵件: _____

雇主 Employer: _____ 雇主電話: _____ 佔用: _____

雇主地址: _____
街 市 州 編碼

ADDITIONAL INFO 其他的信息

父母婚姻狀況: 已婚 Married 夥伴 Partnered 分居 Separated 離婚 Divorced 單身 Single 寡 Widowed

緊急聯繫人 (Emergency): _____ 關係: _____ 電話: _____
不是父母 與患者的關係

我們應該發預約提醒的電子郵件給誰 (email reminders)? 父母 1 父母 2 其他: _____

我們應該發預約確認的短信給誰 (text confirmations)? 父母 1 父母 2 其他: _____

我們偶爾可以發促銷的電子郵件給您嗎 (promotional emails)? Yes 可以 No 不可以

如果可以, 送給誰? 父母 1 父母 2 其他: _____

DENTAL INSURANCE 牙科保險

點這裡如果沒有保險 (no insurance)

主要保險公司 (Primary): _____ 保險電話: _____

保險第一持有者名字: _____ 社會安全號碼: _____ 出生日期: _____

識別號碼 (ID): _____ 群體號碼 (Group): _____



患者姓名: _____ 出生日期: _____ 今天的日期: _____
姓 Last 名 First

DENTAL INSURANCE 牙科保險 (繼續)

二級保險公司 (Secondary): _____ 保險電話: _____

保險第一持有者名字: _____ 社會安全號碼: _____ 出生日期: _____

識別號碼 (ID): _____ 群體號碼 (Group): _____

SIGNATURE 簽名

我已經盡我所知回答上述有關於父母信息和保險信息。我明白提供不正確的信息會導致我的保險拒絕索賠。如果信息有改變，告知診所是我的責任。

父母簽名 Signature: _____ 正楷姓名: _____

HOW DID YOU FIND US? 您是如何找到我們的?

- Google 谷歌 Yelp Insurance Directory 保險名錄 學校 / 日托: _____
 Facebook 脸书 Direct Mail 直郵 朋友 / 家庭: _____ Other 其他: _____

DENTAL PROCEDURES 牙科過程

講述、示範、施行：如果孩子焦慮，我們將使用簡單的術語，重複地向他(她)解釋會要做什麼，然後將用牙科器具，在一個模型上做示範，由孩子或醫生動手演練。最後，再將上述演練的過程在孩子的嘴巴裡付諸實施。

正強化：我們將使用正強化方式來指導兒童行為，我們會使用不同的語氣、音亮及其所喜歡的獎勵方法；如讚美、獎品、或輕拍。

定期檢查：3歲及以上兒童的檢查，包括檢查、X光片、清潔、冠狀拋光和氟化物敷用。3歲以下的兒童預約則包括檢查、清潔和氟化物敷用。

治療計畫：治療計畫都是在前一次的檢查基礎上制定的。兒童的嘴巴尚在發育中，其變化比成人快，而在多次的複診治療過程中，口腔狀況可能會發生變化，因此需要額外或不同於原計畫的治療程序。

治療順序：如果需要多次複診來完成治療，我們的醫生將會以他們的專業做判斷。根據兒童的年齡，通常會分成幾個區域，每次則治療所選定的部分區域。若每次超過選定區域，則可能會增加孩子的痛苦和心理的創傷。若因此再出現緊急情況(如感染等)，則治療順序可能會偏離原計畫。

副作用：治療後常見的副作用，包括局部麻醉後長時間的麻木、噁心和(或)口腔瘀傷。

笑氣：在治療期間給予一氧化二氮(笑氣)，是兒童牙科中安全且常見的做法。它通常會產生令人愉悅的感覺，並幫助患者保持放鬆及平靜；又因通常被用於清除腐蝕牙齒的工具是高速鑽頭，所以那是不可或缺的。

全身麻醉：治療通常是需高速鑽孔的。若兒童當時的行為狀況不被允許安全地如此做，出於安全原因，我們建議實施全身麻醉，尤其是在需要廣泛治療和(或)行為狀況不理想時。若家長認為這樣做是不安全的話，Dino-mite Kids Dental 則將不會實施任何治療。

OFFICE POLICIES 診所規章

取消 / 重新安排：我們理解取消或重新安排預約的必要性；然而我們的使命是確保所有患者的牙齒健康。無論何時錯過預約，都會失去另一名兒童患者接受緊急或即時護理的機會，因此需要以電話或電子郵件，於 **24小時** 前通知，取消或重新安排；如此，我們便可將時間給其他需要的兒童。即使在辦公時間以外，我們“在線上”的人員也可以接聽您的電話。

