

成人牙齒矯正健康表格



基本資料

您的姓名: 名: _____ 姓: _____
出生日期: 日 _____ 月 _____ 年 _____ 年齡: _____ 性別: _____ 電子郵件地址: _____
地址: _____ 城市: _____ 郵政編碼: _____ 住宅電話: _____ 手機電話: _____
牙醫: _____ 上次看牙醫的日期: _____
家庭醫生: _____ 家庭醫生電話: _____
通過什麼途徑知道 MCO Orthodontics: _____
財務帳戶負責人: _____

醫學病歷

您是否有什麼疾病或者曾經做過什麼手術? 是 否

如果有, 請列明: _____

您目前是否服用任何藥物? 是 否 如果是, 請列明: _____
您是否有過敏症或者藥物過敏? 是 否 如果是, 請列明: _____
(婦女) 您是否懷孕? 是 否

牙科病歷

您是否曾經接受過顎關節治療, 包括手術? 是 否
您的面部, 口腔, 或牙齒是否曾經受傷過? 是 否 如果是, 請註明: _____
您是否有語言障礙? 是 否
您刷牙時, 牙齦是否會出血? 是 否
您是否曾經接受過牙周病治療, 或者被告之您的牙齦需要治療? 是 否
您是否通常用嘴呼吸? 是 否
您是否曾經被告知有缺少的恆齒或有過多的恆齒? 是 否

您是否想要矯正牙齒? 是 否
您是否做過牙齒矯正諮詢檢查? 是 否
是否有其他家庭成員接受過牙齒矯正治療? 是 否
牙齒矯正諮詢檢查的原因: _____

病歷記錄發佈同意書: 本人同意 MCO Orthodontics 向家庭醫生, 牙醫, 專科牙醫, 或保險公司提供本人的牙科 和/或牙齒矯正病歷, 以便診斷, 治療, 或教學用途. 這些資料包含 x 光片和診斷記錄, 而此記錄包括初步狀態, 診斷建議或治療過程.

簽名

日期

Thank you for choosing MCO Orthodontics!