

兒童牙齒矯正健康表格



基本資料

子女姓名 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:_____ 電話:_____

子女牙醫:_____ 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 _____

母親/監護人姓名:_____ 住宅電話:_____ 工作電話:_____ 手機電話:_____

父親/監護人姓名:_____ 住宅電話:_____ 工作電話:_____ 手機電話:_____

醫學病歷

您的子女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：_____

您的子女目前是否服用任何藥物？ 是 否 如果是，請列明：_____

您的子女是否有過敏症或者藥物過敏？ 是 否 如果是，請列明：_____

牙科病歷

您的子女是否曾經接受過顎關節治療，包括手術？ 是 否

您的子女的面部，口腔，或牙齒是否曾經受過傷？ 是 否 如果是，請列明：_____

您的子女是否有吮吸拇指或者手指的習慣？ 拇指 是 否 如果是，什麼年齡停止？_____

手指 是 否 如果是，什麼年齡停止？_____

您的子女是否有語言說話障礙？ 是 否

您的子女是否通常用嘴呼吸？ 是 否

您的子女是否曾被告知有缺少的恆齒或有過多的恆齒？ 是 否

您的子女是否特別害怕看牙醫？ 是 否

您是否想讓您的子女做牙齒矯正？ 是 否

您的子女是否想做牙齒矯正？ 是 否

您的子女是否做過牙齒矯正諮詢檢查？ 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。這些資料包括 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。

家長/監護人簽名

日期

Thank you for choosing MCO Orthodontics!