

個人資料

姓名_____ 出生日期_____

家庭地址_____ 家庭電話號碼_____

公司/生意地址_____ 工作電話號碼_____

Email Address_____ 手機號碼_____

緊急狀況聯絡人姓名和電話_____ 社安（工卡）號碼_____

健康既往史

1. 你現在身體好嗎？ 非常好____, 好____, 不好____
2. 你現在在接受醫生治療嗎？ 有____ 沒有____
3. 你現在在服用任何藥物嗎？ 沒有____ 有(請列明)_____
4. 你對任何藥物有敏感反應嗎？ 沒有____ 有(請列明)_____
5. 你的醫生曾經告知你患有下列疾病嗎？
高血壓？ 有____ 沒有____
心臟病？ 有____ 沒有____
糖尿病？ 有____ 沒有____
其他疾病？ (請列明)_____
6. 你在懷孕嗎？ 有____ 沒有____ 你上次做身體健康檢查的時間？ _____
7. 你的家庭醫生的姓名_____ 診所電話號碼_____

牙科既往史

1. 你上次做牙科檢查的時間？ _____
2. 你有耳部或接近耳部的疼痛嗎？ 有____ 沒有____
3. 你牙齦出血嗎？ 有____ 沒有____
4. 你曾對口腔局部麻醉針有過敏反應嗎？ 有____ 沒有____

簽名_____ 日期_____

個人資料

姓名_____ 出生日期_____

家庭地址_____ 家庭電話號碼_____

公司/生意地址_____ 工作電話號碼_____

Email Address_____ 手機號碼_____

緊急狀況聯絡人姓名和電話_____ 社安（工卡）號碼_____

健康既往史

1. 你現在身體好嗎？ 非常好____, 好____, 不好____
2. 你現在在接受醫生治療嗎？ 有____ 沒有____
3. 你現在在服用任何藥物嗎？ 沒有____ 有(請列明)_____
4. 你對任何藥物有敏感反應嗎？ 沒有____ 有(請列明)_____
5. 你的醫生曾經告知你患有下列疾病嗎？
高血壓？ 有____ 沒有____
心臟病？ 有____ 沒有____
糖尿病？ 有____ 沒有____
其他疾病？(請列明)_____
6. 你在懷孕嗎？ 有____ 沒有____ 你上次做身體健康檢查的時間？ _____
7. 你的家庭醫生的姓名_____ 診所電話號碼_____

牙科既往史

1. 你上次做牙科檢查的時間？ _____
2. 你有耳部或接近耳部的疼痛嗎？ 有____ 沒有____
3. 你牙齦出血嗎？ 有____ 沒有____
4. 你曾對口腔局部麻醉針有過敏反應嗎？ 有____ 沒有____

簽名_____ 日期_____

James G. Rong, DDS, PC 185 Canal Street, Suite 403, New York, NY 10013 (212)431-5978