

英文名 (姓/名): \_\_\_\_\_

出生日期 (月/日/年): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

中文名 (姓/名): \_\_\_\_\_

性别: \_\_男\_\_ \_\_女\_\_

社会安全号: \_\_\_\_\_

### 注册问卷2014

请在方格内打勾☑或打叉☒, 注意此页有正反两面, 谢谢!

家庭地址: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_

邮编: \_\_\_\_\_

电话号码: (家) \_\_\_\_\_

(单位) \_\_\_\_\_

(手机公司) \_\_\_\_\_

(手机) \_\_\_\_\_

您的手机能接受短信(text message)提醒预约时间吗?

可以

不可以

电子邮箱: \_\_\_\_\_

(请留您最常用的电子邮箱地址一边查询预约时间及医嘱, 谢谢!)

牙科保险公司: \_\_\_\_\_

保险号: \_\_\_\_\_

承保人: \_\_\_\_\_

牙科保险公司: \_\_\_\_\_

保险号: \_\_\_\_\_

(如果有您有第二家保险公司)

承保人: \_\_\_\_\_

上一位牙科医生的姓名: \_\_\_\_\_

所在城市: \_\_\_\_\_

上一次诊疗的时间 (月/年) :

X光片: \_\_\_\_/\_\_\_\_

检查: \_\_\_\_/\_\_\_\_

洗牙: \_\_\_\_/\_\_\_\_

记不清了

其他: \_\_\_\_\_

您满意自己牙齿的颜色吗?

满意

不满意

您的牙齿对温度(冷/热)或者味道(甜/酸)非常敏感吗?

是

否

您是否会时常下意识地紧咬牙关或夜间磨牙?

是

否

您是否正在使用以下牙科用品?

磨牙牙套 (是 / 否)

漂白牙套 (是 / 否)

活动假牙 (是 / 否)

活动牙箍 (是 / 否)

固定牙箍 (是 / 否)

(多久了? \_\_\_\_\_)

您是否有牙齿松动?

是

否

所在部位:  右上

右下

左上

左上

您的牙齿是否正在疼痛/发炎?

是

否

所在部位:  右上

右下

左上

左上

我已尽己所能阅读理解并回答以上问题。如果情况有变动, 将会及早通知李医生牙医诊所。



本人签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2014

监护人签名: \_\_\_\_\_

监护人/被监护人关系: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Office use only: Checked by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

Entered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014)