



New Patient & Dental History Form

Chào mừng đến với phòng nha của chúng tôi.
Vui lòng điền vào phiếu thông tin cá nhân này. Những thông tin này rất cần thiết và hữu ích để chúng tôi phục vụ quý vị tốt hơn. Phiếu này sẽ được yêu cầu điền mỗi 2 năm hoặc sớm hơn, nếu thông tin của quý vị có thay đổi. Tất cả những thông tin này đều sẽ được bảo mật.

THÔNG TIN CÁ NHÂN

Danh xưng: Dr Mr Mrs Ms Miss Mstr Mx

Họ: _____ Tên: _____

Ngày sinh: _____ Nghề nghiệp: _____

Địa chỉ: _____ Vùng: _____ Mã vùng (postcode): _____

Địa chỉ Email: _____ Số điện thoại: _____

Tên Bác sĩ và Phòng mạch gia đình: _____

Bảo hiểm sức khỏe và số thẻ (nếu có): _____

Tên cha mẹ/người giám hộ hợp pháp (nếu dưới 18 tuổi): _____

Quý vị biết đến phòng nha của chúng tôi từ: Bảng hiệu Báo Internet – Google search/Facebook/Trang web

Bạn bè/gia đình, xin cho biết tên: _____ Phòng mạch, xin cho biết tên: _____

Nếu từ nơi khác, vui lòng cho biết: _____

CHI TIẾT VỀ SỨC KHỎE

Quý vị đã bao giờ hoặc đang có tình trạng dưới đây? Vui lòng đánh dấu nếu có hoặc gạch chéo nếu không.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dị ứng: _____ | <input type="checkbox"/> Viêm khớp | <input type="checkbox"/> Rối loạn chảy máu |
| <input type="checkbox"/> Tiểu đường | <input type="checkbox"/> Khớp giả | <input type="checkbox"/> Dễ bị bầm và chảy máu |
| <input type="checkbox"/> Huyết áp cao hoặc thấp | <input type="checkbox"/> Rối loạn xương (loãng xương,...) | <input type="checkbox"/> Hay ngất xỉu hoặc chóng mặt |
| <input type="checkbox"/> Mỡ máu cao | <input type="checkbox"/> Bệnh tim mạch/qua phẫu thuật | <input type="checkbox"/> Động kinh/ Rối loạn thần kinh |
| <input type="checkbox"/> Các bệnh về đường hô hấp | <input type="checkbox"/> Đặt/ sửa van tim nhân tạo | <input type="checkbox"/> Bệnh về tâm thần |
| <input type="checkbox"/> Các vấn đề về xoang | <input type="checkbox"/> Tiền sử viêm màng tim | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Các bệnh về gan hoặc thận | <input type="checkbox"/> Bệnh tim bẩm sinh | <input type="checkbox"/> Ung thư |
| <input type="checkbox"/> Viêm gan B hoặc C | | <input type="checkbox"/> Điều trị phóng xạ vùng đầu và cổ |

Đang điều trị bệnh loãng xương với Bisphosphonate/monoclonal antibody? (E.g. Actonel, Fosamax, Prolia)

Đang có (hoặc nghi ngờ) mình mang thai? Đang cho con bú?

Có vape hoặc hút thuốc (thuốc lá, cần sa,...)? Nếu có, quý vị hút bao nhiêu mỗi ngày? _____

Có uống rượu bia không? Nếu có, quý vị uống bao nhiêu mỗi tuần? _____

Có được bác sĩ/ bác sĩ chuyên khoa yêu cầu dùng thuốc kháng sinh trước khi điều trị nha khoa không?

Các thuốc đang uống: _____

Các thuốc bổ đang uống: _____

Cân nặng ước chừng (kg): _____

TIỀN SỬ VỀ RĂNG MIỆNG

Điều gì khiến quý vị lo lắng và muốn điều trị nhất về răng miệng? _____

Lần gần đây nhất quý vị gặp nha sĩ là khi nào? _____

Quý vị đã bao giờ hoặc đang có các tình trạng dưới đây?

- | | | | |
|--|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Răng bị xỉn màu (vàng răng) | <input type="checkbox"/> Ê răng | <input type="checkbox"/> Mất răng | <input type="checkbox"/> Đau hàm |
| <input type="checkbox"/> Răng bị mẻ/ bể | <input type="checkbox"/> Đau/chảy máu nướu răng | <input type="checkbox"/> Các vấn đề về răng giả | <input type="checkbox"/> Ngủ ngày |

Tôi hiểu rằng phải thanh toán chi phí vào ngày điều trị trừ khi có sự sắp xếp khác với phòng nha.
Tôi hiểu rằng cần phải thông báo ít nhất trước 24 tiếng nếu muốn thay đổi về cuộc hẹn. Nếu không, phí hủy cuộc hẹn là \$50 hoặc 30% chi phí điều trị (tùy theo số tiền nào lớn hơn), có thể phát sinh. Tiền đặt cọc có thể được yêu cầu cho các cuộc hẹn theo quyết định của phòng khám.

Chữ ký của bệnh nhân / người giám hộ

Ngày tháng