

Japanese Form

Welcome To Our Surgery

(お手数ですが、下記の質問に英語でお答え下さい。)

TITLE (Dr Mr Mrs Ms Miss Master)

SURNAME (苗字) _____

FIRST NAME (名前) _____

ADDRESS (住所) _____

SUBURB (地域) _____ POSTCODE (郵便番号) _____

TELEPHONE (自宅電話番号) _____ WORK (勤務先) _____

MOBILE (携帯番号) _____ D.O.B (生年月日) _____

E-MAIL ADDRESS (メールアドレス) _____

OCCUPATION (職業) _____ PASSPORT NO. (パスポート番号) _____

PRIVATE HEALTH FUND (オーストラリア私立保険会社名 * 加入している場合) _____

WHO RECOMMENDED? (ご紹介者名) _____

MEDICAL HISTORY (病歴)

下記の病歴に該当される場合はYESを、該当されない場合はNOに丸をつけて下さい。

HEPATITIS (肝炎 A B C)	YES/NO	ASTHMA (ぜんそく)	YES/NO
DIABETES (糖尿病)	YES/NO	EPILEPSY (てんかん)	YES/NO
HIV/AIDS (エイズ)	YES/NO	HEART DISEASE (心臓病)	YES/NO
KIDNEY DISEASE (腎臓病)	YES/NO	BLOOD PRESSURE (高血圧 低血圧)	YES/NO
RHEUMATIC FEVER (リュウマチ熱)	YES/NO	OTHER _____ (その他、ご記入お願いします。)	

HAVE YOU HAD ANY ADVERSE REACTION TO ANY DRUGS YES/NO
(薬によって気分が悪くなったことはありますか?)

DO YOU HAVE ANY ALLERGIES? YES/NO
(アレルギーはありますか?)

IF YES, PLEASE SPECIFY _____
(もし、アレルギーがあれば詳細を記入して下さい。)

裏面もご記入下さい →

→続き

ARE YOU AT PRESENT TAKING ANY MEDICATION YES/NO
(現在 薬を飲まれていますか?)

IF YES, PLEASE LIST _____
(もしあれば 記入して下さい)

ARE YOU PREGNANT YES/NO DUTE DATE _____
(妊娠している可能性がありますか? 何ヶ月目ですか?)

DO YOU HAVE A CURRENT ILLNESS YES/NO _____
(現在 病気をお持ちですか?)

ARE YOU RECEIVING MEDICAL TREATMENT AT THE MOMENT YES/NO
(現在 何か治療を受けていますか?)

PLEASE SPECIFY _____
(もしあれば 記入して下さい)

ARE YOU AT RISK (OR BEEN EXPORSED) TO ANY INFECTIOUS DISEASE YES/NO
(感染病に罹っている または罹った恐れはありますか?)

IF YES , PLEASE SPECIFY _____

WHEN WAS THE LAST TIME YOU SAW A DENTIST
(最後に歯科医に見てもらったのはいつですか?) _____

PATIENT'S SIGNATURE _____ DATE _____
(署名) (日付)

* PAYMENT FOR DENTAL TREATMENT IS REQUIRED AT THE COMPLETION OF EACH APPOINTMENT
(* 歯科治療の支払いは、来院ごとに済ませて下さい)

THANK YOU FOR ATTENDING OUR PRACTICE
(当医院に御来院いただき有難うございます。)

DR JACK CHEN BDS_c (QLD)
(DR ジャック チェン)

DR TONY MENDOZA BDS_c(QLD)
(DR トニー メンドーザ)

DR EMMA SKERMAN BoralHHons, GDipDent

DR CATALINA IOSIF BDent (Sydney)