



about a Smile

RIDGEWOOD · 172 FRANKLIN AVE, SUITE 1B, RIDGEWOOD, NJ 07450 · (201) 652-6897
NEW YORK · 115 E 61ST ST, SUITE 6D, NEW YORK, NY 10065 · (212) 583-7605

NEW PATIENT INTAKE FORM

初診問診票

I PATIENT INFORMATION 患者様情報

PATIENT NAME 氏名（ふりがな）

PREFERRED NAME 呼び名（ニックネーム）

DATE OF BIRTH 生年月日

AGE / GENDER 年齢／性別

SOCIAL SECURITY NO. 社会保障番号

EMAIL メール

HOME ADDRESS ご住所

CITY / STATE 市／州

ZIP 郵便番号

CELL PHONE 携帯電話

HOME PHONE 自宅電話

WORK PHONE 勤務先電話

EMPLOYER / SCHOOL 勤務先／学校名

OCCUPATION ご職業

PARENT / GUARDIAN (IF MINOR) 保護者名

EMERGENCY CONTACT 緊急連絡先（氏名・続柄）

EMERGENCY PHONE 緊急電話

II HOW DID YOU HEAR ABOUT US? 当院を何でお知りになりましたか？

☐ Google search Google検索

☐ Instagram / social SNS

☐ Referred by my dentist 歯科医の紹介

☐ Newspaper 新聞

☐ Website Homepage — About a Smile ホームページ

☐ Friend / family ご友人・ご家族の紹介 — name お名前: _____

☐ Other その他: _____

III DENTAL INSURANCE 歯科保険情報

PRIMARY INSURANCE 主保険

INSURANCE COMPANY 保険会社名

MEMBER ID 会員ID

GROUP # グループ番号

SUBSCRIBER NAME 被保険者氏名

SUBSCRIBER DOB 生年月日

RELATION 続柄

SUBSCRIBER EMPLOYER 被保険者の勤務先

SECONDARY INSURANCE 第二保険（会社名／ID）

IV DENTAL HISTORY 歯科既往歴

CURRENT GENERAL DENTIST / OFFICE 現在のかかりつけ歯科医

PHONE 電話番号

PREVIOUS GENERAL DENTIST 以前のかかりつけ歯科医

LAST VISIT / CLEANING 最後の受診

MAIN CONCERN / REASON FOR VISIT 主なご相談内容・来院理由

Previous orthodontic treatment? 矯正治療のご経験は？ Y / N — when いつ:

Jaw pain, clicking, TMJ? 顎の痛み・音・顎関節症は？ Y / N

Habits (thumb, nails, grinding)? 習癖は？ Y / N

Any teeth sensitive, loose, or missing? しみる歯・ぐらつく歯・欠損歯は？ Y / N

V HEALTH HISTORY 健康状態・既往歴

PHYSICIAN NAME かかりつけ医（内科医）

PHONE 電話番号

Please check any that apply 該当する項目にチェックしてください:

☐ Heart condition 心疾患☐ High blood pressure 高血圧☐ Diabetes 糖尿病☐ Asthma 喘息☐ Seizures てんかん・発作☐ Bleeding disorder 出血性疾患☐ Kidney / liver 腎臓・肝臓疾患☐ Thyroid 甲状腺疾患☐ Cancer / radiation がん・放射線治療☐ Latex allergy ラテックスアレルギー☐ Pregnant 妊娠中☐ Smoking / vaping 喫煙

CURRENT MEDICATIONS 現在服用中のお薬

ALLERGIES (MEDICATIONS, FOODS, OTHER) アレルギー（薬・食べ物・その他）

To the best of my knowledge, the information provided above is complete and accurate. I will notify the office of any changes to my health or insurance information.

上記の内容は正確かつ完全であることを確認いたします。健康状態や保険情報に変更があった場合は、当院にお知らせいたします。

PATIENT / GUARDIAN SIGNATURE 患者様／保護者の署名

DATE 日付