

**New Patient Form (새환자 기록부)**

<b>Patient Information 환자 정보</b>				
First Name 이름:		Last Name 성:		Middle Initial
Nick Name 닉네임:		Date of Birth 생년월일:		Gender 성별:
Street Address 주소:		City 도시:	State 주:	Zip:
Cell Phone 1 휴대폰 1 (Patient, Mom, Dad, Guardian)		Cell Phone 2 휴대폰 2 (Patient, Mom, Dad, Guardian)		
E- Mail Address 이메일:				
Please list the names of any friends or family currently in the practice. 저희 오피스에서 현재 치료를 받고 있는 가족이나 친구가 있으면 이름을 적어주세요.				
Whom may we thank for referring you to our practice? 저희 오피스에 어떻게 소개받고 오셨습니까?				
List any sports, hobbies, or musical instruments played. 하시는 운동, 취미, 또는 악기를 적어주세요.				

<b>Financial Party Information 치료비 책임자 정보</b>				
First Name 이름:		Last Name 성:		Middle Initial
Date of Birth 생년월일:	Relationship to Patient 환자와의 관계:		E- Mail Address 이메일:	
Street Address 주소:		City 도시:	State 주:	*Zip:
Cell Phone 1 휴대폰 1 (Patient, Mom, Dad, Guardian)		Cell Phone 2 휴대폰 2 (Patient, Mom, Dad, Guardian)		
Social Security Number or Insurance Policy Number If you have insurance: 보험 확인용 소시알 넘버 혹은 보험 ID				
Employer 직장:		Occupation 직업:		Length of Employment 현 직장 근무 년차:
Do You have insurance that covers orthodontics? 교정치료가 적용되는 치과 보험이 있으십니까?		If so, please name the insurance company. 있으시면, 보험 회사를 적어주세요.		

## Dental History 구강 건강 기록

General Dentist Name 일반 치과 의사 이름:			
Check -up Frequency 정기 check업 빈도:			
Last Dental Visit 마지막 치과 방문이 언제였나요?			
Has the patient had an orthodontic consult? 다른 교정의와 교정 상담을 하신적이 있나요?		If so, when? 언제였나요?	
Has the patient had an orthodontic treatment? 교정치료를 받으신 적이 있으신가요?		If so, when? 언제였나요?	
<b>What is the patient's main orthodontic concern?</b> <b>교정을 통해 고치고 싶은 문제를 적어주세요.</b>			
Speech problems/therapy? 발음상에 문제가 있나요?	No / Yes	Grind or clench teeth? 이를 가는 버릇이 있나요?	No / Yes
Injury to face, jaw, teeth or mouth? 얼굴, 턱, 이, 또는 입에 부상을 입은적이 있나요?	No / Yes	Discomfort form teeth or gums? 치아나, 잇몸에 통증이나 불편함이 있나요?	No / Yes
Neck/shoulder pain? 목이나 어깨에 통증이 있으신가요?	No / Yes	Frequent headache 두통이 자주 있나요?	No / Yes
Oral Habits (thumb/finger sucking, lip/nail biting)? 손가락을 빨거나, 손톱이나 입술을 이로 뜯는 버릇이 있으신가요?	No / Yes	Pain, tenderness or noise in either jaw? 턱을 움직일때 소리가 나거나, 통증이 있나요?	No / Yes
Frequent sore throats? 목감기에 자주 걸리시나요?	No / Yes	Brush teeth daily? 매일 이를 닦으시나요?	No / Yes
Floss teeth daily? 치실을 매일 쓰시나요?	No / Yes	Fluoride treatments? 불소(Fluoride) 치료를 받으셨나요?	No / Yes
Mouth breathing? 입으로 숨을 쉬시나요?	No / Yes	Snore during sleep? 잠잘때 코를 고시나요?	No / Yes
Requires premedication? 치과 치료전에 드셔야하는 약이 있으신가요?	No / Yes	Any missing or extra permanent teeth? 결손치아나 과잉치아가 있으신가요?	No / Yes
Apprehensive about dental care? 치과 치료를 두려워 하나요?	No / Yes	Frequently chew gum? 껌을 자주 씹으시나요?	No / Yes
If any of the above dental questions were answered "Yes", please explain. Yes 라고 답하신 질문에 설명을 해 주십시오:			

### Medical History 건강 기록

Physician Name 주치의 이름:	Date of Last Physical 마지막 정기 check업:		
List any medicates currently being taken by the patient 현재 드시고 계시는 약:			
<b>Take Bisphosphonates? 골다공증 약을 드시고 계신가요?</b>			
List any drug allergies or sensitivities that the patient may have. 약이나 혹은 어떤 다른 성분에 알러지가 있으신가요?			
<b>다음 증상이 있거나 있으셨으면 Yes 에 아니면 No 를 선택해 주세요.</b>			
Rheumatic Fever 관절 질환으로 인한 열	No / Yes	Tuberculosis/Lung Disease 결핵이나 폐병	No / Yes
Pneumonia 폐렴	No / Yes	Liver Disease 간 질환 (감염, 황달, 등)	No / Yes
Kidney Disease 신장병	No / Yes	Heart Attack/Stroke 심장마비, 뇌졸중	No / Yes
Heart Disease 심장병	No / Yes	Hemophilia 혈우병	No / Yes
Heart Murmur 심장 박동 이상	No / Yes	Growth Problems 성장문제	No / Yes
Hypertension/High Blood Pressure 고혈압	No / Yes	Prolonged Bleeding/Transfusion 장기간의 출혈/수혈	No / Yes
Anemia 빈혈	No / Yes	HIV/AIDS 에이즈 / HIV 보균	No / Yes
Hepatitis 간염	No / Yes	Diabetes 당뇨	No / Yes
Cancer 암	No / Yes	Family History of Cancer 암 가족력	No / Yes
Received Radiation Treatment 방사선 치료	No / Yes	Congenital Heart Defect 선천성 심장 질환/이상	No / Yes
Endocrine Problems 내분비 문제	No / Yes	Hormone Therapy 호르몬 치료	No / Yes
Latex/Metal Allergy 라텍스/ 철 알러지	No / Yes	Nervous Disorders 신경계 이상	No / Yes
Bone Disorders/Bone Loss 뼈 질환/이상 뼈 소멸 증상	No / Yes	Tonsils/Adenoids Removed 편도/ 아데노이드 제거	No / Yes
Asthma 천식	No / Yes	Arthritis 관절염	No / Yes
Treated for Emotional Problems 정서적, 감정적 문제로 치료를 받으신 적이 있으신가요?	No / Yes	Ever Been Hospitalized? 입원하신적이 있으신가요?	No / Yes
If any of the above dental questions were answered "Yes", please explain. Yes 라고 답하신 질문에 설명을 해 주십시오:			

<b>Patients Under 18 (18 세 미만 환자)</b>			
Height 키:	Weight 몸무게:	School 학교 이름:	Grade 학년:
Father's Name 아버지(보호자 1) 성함:		Mom's Name 어머니 (보호자 2) 성함:	
Has patient begun puberty? 사춘기를 시작했나요?			No / Yes
If patient is a girl, has menstruation begun? 여자 환자: 생리를 시작했나요?			No / Yes
If patient is a boy, has their voice changed or have facial hair? 남자 환자: 변성기가 지나 갔나요? 수염이 나기 시작했나요?			No / Yes
Has the patient grow in the past year or has their shoe size changed recently? 지난해 키가 크거나 신발 사이즈가 커졌나요?			No / Yes
Patient's interest in treatment? 환자가 교정 치료 받기를 원하나요?			No / Yes
Has either biological parent ever had orthodontic treatment? 양쪽 부모님 한 분이라도 교정 치료를 받으신 적이 있나요?			No / Yes
Please list the name and birth date of any siblings:  형제들의 이름과 생년월일을 적어주세요.			