

Reg No.

Dr. George Wang Specialist in Orthodontics

Name 英文姓名 _____ Chinese Name 中文姓名 _____ Sex 性別 M / F
First name Last name Mr Mrs Miss Ms

Date Of Birth 出生日期 _____ ID / Passport no. 身分證號碼 _____ Occupation 職業 _____
day / month / year

Home Address (請提供英文地址，以方便電腦輸入)
住宅 _____

Telephone: Home 電話號碼: 家 _____ Mobile 手提 _____ Work 公司 _____

Email Address (or Fax) 電子郵箱 (或傳真) _____ Referred By 介紹人 _____

Do you have regular a dentist? No Yes, Name of Dentist _____ Payment Method Cash 現金
有定期檢查的牙醫嗎? 否 有, 牙醫姓名 _____ 付款方法 Cheque 支票

For Minors / 未成年:

- parent / 家長 guardian / 監護人

Name 英文姓名 _____ Chinese Name 中文姓名 _____
First name Last name Mr Mrs Miss Ms

Home Address (請提供英文地址，以方便電腦輸入)
住宅 _____

Telephone: Home 電話號碼: 家 _____ Mobile 手提 _____ Email Address 電子郵箱 _____

Emergency Contact / 緊急聯絡人:

Name 英文姓名 _____ Chinese Name 中文姓名 _____ Mobile 手提 _____

MEDICAL HISTORY 病歷

Are you in good general health? 閣下之一般健康情況是否良好? _____	yes 是 / no 否
Are you undergoing medical treatment at present? 現在是否接受醫藥治療? _____	yes 是 / no 否
Are you taking any pills or medicine at present? 現在是否正服食任何藥物? _____	yes 是 / no 否
Do you have any heart or chest problems? 是否患有心臟或胸肺病? _____	yes 是 / no 否
Are you expecting a baby? (Ladies Only) 是否懷孕? _____	yes 是 / no 否
If you cut yourself, do you bleed easily? 刀傷破皮時會否大量出血? _____	yes 是 / no 否
Do you suffer from asthma or any allergies e.g. to penicillin? 是否對某種藥物敏感,例如抗生素? _____	yes 是 / no 否
Have you undergone steroid/anticoagulant or irradiation therapy? 曾否服用類固醇,抗凝血藥物或電療? _____	yes 是 / no 否
Do you object to allow us the use your record (model,radiographs and photos) for scientific purpose? 你是否不願意容許你的紀錄(牙齒模型, X-光片及相片)用於科學研究? _____	yes 是 / no 否
Do you object to allow us the use of your records for demonstration within our practice? 你是否不願意容許你的紀錄於本診所做示範用途? _____	yes 是 / no 否
Remarks 備註: _____	