

의료 기록

치과 의료인은 환자분의 치아 또는 구강 관련 질환을 집중적으로 치료하고 담당하지만, 구강은 환자 신체의 일부입니다. 다음의 건강 관련 질문에 가능한 정확히 답해 주시면 진료에 도움이 됩니다.

최근 의사의 진료나 치료를 받은 적이 있습니까? 예 아니오

의사 이름: _____ 전화번호: _____

다음 질환을 겪으셨거나 최근에 경험한 적이 있습니까? 해당되는 사항에 모두 표시해 주세요.

예 아니오

- 알러지
- 빈혈
- 관절염
- 천식
- 출혈 질환
- 암
- 화학적 치료
- 당뇨병
- 소화기 장애
- 간질/발작
- 기절
- 심장박동 조율기

예 아니오

- 심장관련 질병
- 심잡음
- 간염 (□B / □C)
- 고혈압/저혈압
- HIV 후천성면역결핍 감염
- 인공관절 치환술
- 신장 질환
- 간 질환
- 신경계통 문제
- 장기 이식
- 골다공증
- 기타: _____

예 아니오

- 정신병 관련
- 임신
- 방사선 치료
- 호흡기 질환
- 류마티스성 열
- 부비강 문제
- 위장 문제
- 뇌졸중
- 갑상선 문제
- 결핵
- 녹내장

다음 사항에 알려지가 있으신지요?

아스피린 코데인 라텍스 국소 마취제 진통제 페니실린 설파제 Sulfa 기타

위에 적힌 내용 외에 알아야 할 진행중인 증상이 있으신지요?

최근, 현재 복용하고 있는 약 이름을 적어 주세요.

과거에 경험했거나 가지고 있는 합병증이나 알러지 반응이 있으면 적어 주세요.

당신의 주치의가 치과 치료 전에 항생제를 복용하라고 지시한 적이 있나요? 예 아니오

당신은 뼈의 강화 약품이나 비스포스포네이트를 복용하시나요? (예: 포사맥스) 예 아니오

요양 치료 중이신가요? 예 아니오 구강 피임약을 복용 중이신가요? 예 아니오

환자/부모/법적 보호자 서명

날짜

검토 후 치과의사 서명

날짜

치과 병력

다음 질환을 겪으셨거나 최근에 경험한 적이 있습니까? 해당되는 사항에 모두 표시해 주세요.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 치과진료후 비정상적인 출혈 | <input type="checkbox"/> 음식이 치아 사이에 낀 | <input type="checkbox"/> 뜨거운 것, 찬 것에 시림 |
| <input type="checkbox"/> 입냄새 | <input type="checkbox"/> 간식을 자주 섭취함 | <input type="checkbox"/> 압박, 눌림에 민감함 |
| <input type="checkbox"/> 잇몸에서 피가 남 | <input type="checkbox"/> 쉽게 메스꺼움 | <input type="checkbox"/> 단 음식에 시림 |
| <input type="checkbox"/> 양치질 빈도: <u>하루에 번</u> | <input type="checkbox"/> 치아 사지 자극에 민감 | <input type="checkbox"/> 입 안이 붓거나 혹이 있음 |
| <input type="checkbox"/> 이를 악 물거나 이갈이 | <input type="checkbox"/> 턱 통증 | <input type="checkbox"/> 칫솔 강도: <u>단단/ 중간/ 부드러움</u> |
| <input type="checkbox"/> 턱에서 소리가 나거나 빠짐 | <input type="checkbox"/> 부러지거나 상실된 치아/필링 | <input type="checkbox"/> 흡연 |
| <input type="checkbox"/> 혈액 기침(각혈) | <input type="checkbox"/> 구강 호흡 | <input type="checkbox"/> 치통 |
| <input type="checkbox"/> 입술이나 입에 물집 있음 | <input type="checkbox"/> 구강 습관 (예: 손톱 깨물기) | <input type="checkbox"/> 부정적인 치과 경험 |
| <input type="checkbox"/> 치실 사용: <u>하루에 번</u> | <input type="checkbox"/> 귀 주위의 통증 | <input type="checkbox"/> 불쾌한 입맛 |
| <input type="checkbox"/> 치태 검출 염료 | <input type="checkbox"/> 치주 치료 | <input type="checkbox"/> 구강 세정기 사용 |
| <input type="checkbox"/> 구강 건조 | <input type="checkbox"/> 잇몸 퇴화(내려감) | <input type="checkbox"/> 불소 제품 사용 |
| <input type="checkbox"/> 민감하거나 아픈 잇몸 | <input type="checkbox"/> 그 외 _____ | |

이전에 치과 치료를 받으신 적이 있나요? 예 아니오 언제/이유 _____

현재 불편하신 곳 / 방문 이유 _____ 마지막 치과 방문 시기 _____

관심 분야 치아미백 임플란트 비니어 크라운 투명교정 이갈이 보호장치

환자 본인이 아는 한, 위에 제공한 답변과 모든 정보들은 확실하며 정확합니다. 환자의 건강에 변화가 있을 경우, 다음 방문에 잊지 않고 반드시 치과에 알릴 것을 약속합니다.

환자/부모/법적 보호자 서명

날짜

권한 부여

환자 본인은 개인 건강 치료 기록들을 아래 대리인에게 공개하는 것을 허락합니다.

대리인 이름 _____ 관계 _____

환자 본인은 언제든지 개인 건강 치료 정보공개를 취소 혹은 폐기할 수 있음을 알고 있습니다.

이름

환자/부모/법적 보호자 서명

날짜

고지에 입각한 동의

1. 치과 검사와 치료 계획

텍사스 법상 치과 위생사에게 받는 치아 세척을 포함한 모든 진료에 동의한다는 이니셜이 있어야 진료가 가능합니다. 이니셜_____

2. 치료계획 변경

치료중 검사할 당시에는 발견되지 않은 상태로 인해 치료계획을 변경하거나 추가해야 할 필요가 있음을 이해합니다. 예를 들어, 정기적 수복 치료 후에는 근관 치료법이 따를 수 있습니다. 이유를 설명하고 환자 본인의 동의를 얻은 후에는 치과 의사가 어떤 치료를 변경하거나 추가할 수 있는 권한을 부여합니다. 이니셜_____

3. 진통제 등 약물

처방전에 따라 항생제, 진통제 등 약품에 의한 알러지 반응으로 인해 피부가 붉어지거나 붓기, 통증, 가려움, 구토 또는 초과민반응 쇼크가 일어날 수 있음을 이해합니다. 이니셜_____

4. 치주 손실

치주질환은 잇몸과 잇몸 뼈에 일어나는 질환으로 최종적으로 치아상실로 이어질 수 있음을 이해합니다. 스케일링, 치근활택술, 약물 세척과 잇몸 이식 수술, 또는 발치를 포함한 대체 치료 방법에 대한 설명을 들었습니다. 어떤 치과 치료를 받은 지속적인 뼈 손실을 예방 못할 수도 있음을 이해합니다. 끊임없는 유지를 필요로 할 수 있음을 이해합니다. 이니셜_____

5. 필링

치아 손상을 방지하기 위해 필링을 새로 받고 나서, 첫 24 시간 동안은 씹을 때 주의해야 한다는 것을 이해합니다. 치료중 광범위한 충치로 인해 본래 진단된 필링보다 더 광범위한 필링을 필요로 할 수 있음을 이해합니다. 치아의 시림은 필링 이후에 흔한 후유증임을 이해합니다. 이니셜_____

6. 크라운, 부분 의치, 캡

가끔 자연치아와 인공치아의 색을 동일하게 맞추는 것이 불가능할 수 있음을 이해합니다. 임시 크라운을 할 수 있으며 쉽게 떨어질 수 있기 때문에 영구적인 크라운을 할 때까지 조심해야 한다는 것을 이해합니다. 새 크라운, 부분 의치나 캡을 변경(모양, 크기, 색상)할 수 있는 마지막 기회는 최종 부착 전이라는 것을 이해합니다. 치아 절삭 후 30 일 이내에 최종 부착을 하려 다시 방문하는 것은 환자 본인의 책임입니다. 지나친 지연은 치아의 이동을 발생시킬 수 있습니다. 이는 크라운, 부분 의치나 캡의 재제작을 필요로 할 수 있습니다. 환자 본인의 최종 부착 지연으로 인한 재제작은 추가적 비용이 발생할 수 있음을 이해합니다. 크라운 부착 후나 도중에 신경치료를 필요로 할 수 있습니다. 이니셜_____

7. 신경치료 (근관 치료)

신경치료가 본인의 치아를 살려준다는 보장이 없다는 것을 알고 있으며 치료로 인한 합병증이 발생할 수 있으며 가끔 신경치료 후에 추가적 수술(치근점 절제술)이 필요할 수 있음을 알고 있습니다. 모든 최대한의 노력에도 불구하고 치아를 잃을 수 있다는 것을 이해합니다. 신경치료후 중증 치아 골절이나 충치를 예방하기 위해치료받은 치아를 최대한 빨리 크라운으로 수복해야 합니다. 이니셜_____

8. 발치

발치 외에 대체 치료법(신경치료, 크라운, 치주수술 등)에 대한 설명을 들었습니다. 발치가 항상 존재하는 염증을 제거하지 않는다는 것을 이해하고 있으며 추가적 치료를 필요로 할 수 있습니다. 통증, 붓기, 염증 확산, 드라이 소켓, 무기한 치아/입술/혀와 주변 조직을 감각 손실(감각 이상)이나 턱 골절과 같은 발치와 관련된 위험 요소에 대해 알고 있습니다. 부정교합이 생길 수도 있음을 이해합니다. 추가 치료가 필요할 경우 30 일을 초과한 환자 본인의 지연으로 인해 치료가 필요할 시 추가 요금이 발생합니다. 이니셜_____

9. 틀니

틀니를 사용하는 것은 어렵다는 것을 이해합니다. 통증, 말투 변화와 식사의 어려움은 흔한 현상입니다. 즉시의치(발치 직후에 틀니 착용)은 고통스러울 수 있습니다. 즉시의치는 오랜 적응과 여러번의 재이장을 필요로 할 수 있습니다. 나중에 영구적 재이장이 필요합니다. 이는 본래 틀니 비용에 포함되어 있지 않습니다. 틀니를 받으러 돌아오는 것이 환자 본인의 책임이라는 것을 이해합니다. 틀니를 받으러 오지 않을 시에는 틀니가 잘 맞지 않을 수 있음을 이해합니다. 환자 본인의 30 일 이상 지연으로 재제작일 필요할 경우 추가요금이 발생합니다. 이니셜_____

10. 성형용 치료

성형용 치료는 보험처리가 되지 않을 수 있습니다. 이는 세라믹 크라운, 치아 미백, 비니어, 라미네이트를 포함합니다. 이니셜_____

11. 선택적 치료 (골 이식, 상악동 거상술)

보험급부에서 제외된 치료의 필요성에 대한 설명을 들었습니다. 진행하기로 선택했다면 금을 포함한 귀금속의 사용과 비용은 환자 본인의 동의하에 이루어질 것입니다. 이니셜_____

본인은 환자 본인에게 설명드린 치아 수복과 치료를 의사가 진행하고 실시하는 것을 허가합니다. 본인은 어떤 치과보험을 가지고 있는지와 상관없이 치과 비용을 지불해야 할 책무가 있음을 이해합니다. 본인에게 제공된 치료가 불필요하거나, 허가되지 않았거나 적절하지 않게, 소홀하게 또는 무능하게 실행되었다고 주장하고 싶을 때 모든 분쟁은 동료심의를 위해 미국치과협회에 소속된치과의사회에 제출해 주십시오. 동료심의를의 결과는 양쪽 모두 받아 들여야 합니다. 본인은 위의 1~11 항목에 나와 있는 모든 내용을 읽고, 이해하고, 동의합니다.

서명: X_____

날짜: _____

증인: X_____

날짜: _____

개인정보 정책 관련 고지

이 고지는 귀하의 건강 정보가 어떻게 사용되거나 노출될 수 있는지, 그리고 이 정보에 귀하가 어떻게 접근할 수 있는지에 대하여 알려 줍니다. 주의 깊게 검토하십시오. 귀하의 건강 정보에 대한 보호는 저희에게 중요합니다.

건강 정보의 사용처 및 공시

우리는 귀하의 치료, 대금 납부 및 의료 서비스 활동 등에 관련된 건강 정보를 사용하고 공시합니다. 예를 들어서:

치료: 우리는 의사나 귀하에게 치료를 제공하는 다른 의료 서비스 제공자나 가족 및 귀하가 승인한 친구들에게 귀하의 건강 정보를 공개할 수도 있습니다.

대금 납부: 우리는 우리가 귀하에게 제공하는 서비스에 대한 대금을 지불 받기 위해 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

의료 서비스 운영: 우리는 귀하의 의료 서비스 운영과 관련하여 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 의료 서비스 운영은 품질 평가와 개선 활동, 의료 전문가의 경쟁력과 자격을 검토하고, 의사와 서비스 제공자의 성과를 평가하며, 트레이닝 프로그램의 수행, 인증, 자격증, 그리고 면허 혹은 자격을 인정받을 수 있는 활동들을 포함합니다.

귀하의 인가: 치료 및 의료 서비스 활동에 대한 대금 납부를 위한 귀하의 건강 정보 사용 이외에, 귀하는 우리에게 서명으로 귀하의 건강 정보에 대한 사용이나 그 정보를 어떠한 목적으로든 타인에게 공개할 수 있는 권한을 인가할 수 있습니다. 귀하는 또한 프라이버시를 보장하기 위하여 개인 건강 정보(PHI) 공개나 기타 다른 형태의 정보 전달에 대하여 제한을 요청할 권리가 있습니다.

건강 관련 마케팅 서비스: 우리는 당신의 서명 승인 없이 귀하의 건강 정보를 마케팅 커뮤니케이션 목적으로 사용하지 않겠습니다.

법률 규제: 우리는 법률 또는 국가 안보 활동에 의해 그렇게 하도록 요구하는 경우 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

남용 및 방치: 우리는 남용이나 방치가 의심될 때, 관련 기관에 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

예약 확인: 우리는 (음성 메시지나 엽서, 편지 등의 방법으로) 귀하에게 예약 확인을 하기 위하여 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

환자의 권리

접근: 귀하는 제한된 예외 사항을 제외하면 귀하의 건강 정보를 보거나 사본을 받을 수 있는 권리가 있습니다. 귀하가 사본을 요청하는 경우, 우리는 귀하에게 귀하의 정보를 찾고 복사하고, 우편으로 요청할 경우 우표 가격까지 포함하여 합리적인 요금을 부과할 것입니다.

질문 및 불만 사항

귀하가 우리의 개인정보 정책에 대하여 추가 정보를 원하거나 질문 및 우려가 있다면 문의 바랍니다.

만약 귀하가 귀하의 개인정보에 대한 권리를 침해 받았다고 생각이 되거나, 귀하의 건강 정보에 대한 접근, 혹은 귀하의 건강 정보의 사용 및 공개를 제한해 달라는 귀하의 요청에 대한 응답으로 우리가 내린 결정에 동의하지 않을 경우, 귀하는 이 공지의 마지막에 나와 있는 계약 정보를 사용하여 우리에게 불만을 제기할 수 있습니다.

귀하는 또한 미국 보건복지부에 서면으로 이의를 제출할 수 있습니다. 우리는 귀하가 불만 사항을 접수할 수 있는 미국 보건복지부의 서비스 주소를 요청에 따라 제공할 것입니다.

우리는 귀하의 건강 정보에 대한 개인 정보 권리를 지지합니다. 귀하가 미국 보건복지부에 우리에게 대한 불만을 접수하기로 결정하더라도 우리는 어떠한 방법으로도 불이익을 가하지 않을 것입니다.

개인정보 정책 및 필요시 개인 건강 정보 사용에 대한 동의 접수에 대한 환자의 승인

환자/부모/법적 보호자 이름

서명

날짜

나, _____ 는 이 진료실의 개인정보 보호 정책 고지의 사본을 받았습니다.

연방 법이 요구하는 대로, 본인은 개인정보 정책 관련 고지에 설명된 대로 치료, 대금 납부 및 의료 서비스 활동 중 이 진료실에 의한 본인의 개인 건강 정보의 사용 및 공개에 동의합니다.

증인: _____

날짜: _____