



자발적으로 본 양식을 작성하시면 됩니다.. 답변에 따라 치료가 거부되지 않습니다. 본 정보는 비공개됩니다.

가입자의 성명:	생년월일:	ID 번호:
----------	-------	--------

하나의 답변을 체크해 주십시오:

1	마지막으로 치과 의사의 진료를 받은 지 12개월 이상 되었습니까?.....	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
2	찬 음식, 뜨거운 음식, 단 음식을 먹을 때 치아에 통증이 있습니까?*	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
3	입이나 잇몸에 통증이 있습니까?.....	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
4	염증이 있는 치아가 있습니까?*	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
5	부러진 치아가 있습니까?*	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
6	구강이 건조합니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
7	양치질이나 치실을 할 때 잇몸에서 피가 납니까?*	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
8	잇몸(치주) 치료를 받으셨습니까?..... 예라고 응답하신 경우 마지막 방문 날짜를 기재하십시오 _____	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
9	틀니나 부분 틀니를 사용하고 있습니까?.....	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
10	임신하셨습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
11	심각한 질병으로 의사의 진료를 자주 받고 있습니까?..... 예라고 응답한 경우, 해당되는 사항을 모두 선택하십시오 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 신장병 <input type="checkbox"/> 기타: _____	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
12	현재 방사선 치료나 항암 화학 요법을 받고 있습니까?.....	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
13	정신적, 행동적, 신체적 장애가 있거나 진단을 받은 적이 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
14	지난 1년 동안 치과 문제로 응급실에 간 적이 있습니까?..... 예라고 응답한 경우, 자세히 설명해 주시기 바랍니다. _____	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
15	가입자의 비의료/사회적 조건이 진료 받는 것에 영향을 미칩니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
	예라고 응답한 경우, 해당되는 사항을 모두 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 음식 <input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 교통 <input type="checkbox"/> 기타: _____	
16	집에서 주로 사용하는 언어가 영어입니까?..... 아니라면, 사용하는 언어: _____	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
17	나는 구강 건강 관리에 도움이 되는 LIBERTY Dental Plan의 문자/이메일 메시지를 받는 데 동의합니다. 휴대 전화 _____ 이메일 _____ *통증, 부기, 출혈 또는 염증이 있는 경우 LIBERTY에 연락하여 즉각적인 지원을 받으십시오.	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>

나는 본 정보가 새로운 치과 플랜에 제공될 것임을 인지하고 있습니다.

서명(Signature): _____ 날짜: _____

보내실 주소: LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110