

第1部分：病人信息

名	姓	病人ID	生日 (月/日/年)	性别

第2部分：选择适合的答案

是 否 问题 (若不知道请留空)

1. 您整体健康状况是否良好?
2. 在过去的一年里您的健康状况是否发生过改变?
3. 在过去的三年里您是否患过严重的疾病或是住院?
如果有, 请说明原因? _____
4. 您现在是否在接受医生治疗?如果有, 请说明原因? _____
上次全身体检时间 _____ 上次牙科检查时间 _____
5. 您上一次牙科治疗之后是否有过问题?
6. 您现在有无痛楚?

第3部分：您是否有下列病症或疾病

是 否 问题

是 否 问题

- | | |
|--|--|
| 7. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 胸痛 (心绞痛) | 18. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 头晕 |
| 8. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 脚踝肿 | 19. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 耳鸣 |
| 9. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 呼吸急促 | 20. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 头痛 |
| 10. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 最近体重减轻、发烧、流汗 | 21. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 晕眩 |
| 11. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 咳嗽、咳血 | 22. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 眼花 |
| 12. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 流血问题, 容易发瘀 | 23. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 癫痫 (羊癫疯) |
| 13. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 鼻窦问题 | 24. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 极度口渴 |
| 14. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 吞食问题 | 25. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 尿频 |
| 15. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 腹泻、便秘、便血 | 26. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 口干 |
| 16. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 呕吐、恶心 | 27. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 黄疸 |
| 17. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 小便困难、尿血 | 28. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 关节疼痛, 僵硬 |

第4部分：您现在或过去是否有以下疾病

是 否 问题

是 否 问题

- | | |
|---|--|
| 29. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 心脏衰弱 | 40. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 艾滋病 |
| 30. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 心脏病发作, 心脏有缺陷 | 41. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 肿瘤、癌症 |
| 31. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 心杂音 | 42. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 风湿性关节炎 |
| 32. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 风湿热 | 43. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 眼病 |
| 33. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 中风, 血管硬化 | 44. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 皮肤病 |
| 34. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 高血压 | 45. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 贫血 |
| 35. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 哮喘、肺结核、肺气肿或其他疾病 | 46. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 性病 (梅毒、淋病) |
| 36. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 肝炎或其他肝病 | 47. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 疱疹 |
| 37. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 胃病 (溃疡) | 48. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 肾病、膀胱病 |
| 38. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 食物、药物或橡胶制品过敏 | 49. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 甲状腺、肾上腺病 |
| 39. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 家族中有无糖尿病、心脏病、肿瘤病史 | 50. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 糖尿病 |

第5部分：您现在或过去是否有以下疾病或治疗

- | | |
|--|---|
| 是 否 问题 | 是 否 问题 |
| 51. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 精神病治疗 | 56. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 住院 |
| 52. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 放射性治疗 | 57. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 输血 |
| 53. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 化学治疗 | 58. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 手术 |
| 54. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 人工心脏瓣膜 | 59. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 心率调节器 |
| 55. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 人工关节 | 60. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 隐形眼镜 |

第6部分：您现在是否服用

- | | |
|---|--|
| 是 否 问题 | 是 否 问题 |
| 61. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 迷幻药 | 63. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 香烟、雪茄或其他烟草制品 |
| 62. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 处方药品、一般药品（含阿司匹林）或天然药材 | 64. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 饮酒. 请说明_____ |

第7部分：女性患者请答

- | | |
|--|---|
| 是 否 问题 | 是 否 问题 |
| 65. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 您是否现在怀孕或哺乳、或可能怀孕 | 66. <input type="radio"/> <input type="radio"/> 服用避孕药 |

第8部分：所有病人请答

- 是 否 问题
67. 您现在或以前是否有任何本表格没有列出的病症？
如果有请说明。

**我已经尽我所知完整及准确地回答上述每一个问题。
若有任何身体状况或服药方面的变化，我将通知我的牙科医生。**

病人签名 _____ 日期 _____
(或未成年人的合法监护人签名)

复诊:

- 病人签名 _____ 日期 _____
- 病人签名 _____ 日期 _____
- 病人签名 _____ 日期 _____