

نام بیمار:

شماره شناسائی بیمار:

تاریخ تولد:

I. دور جواب درست دایره بکشید. (اگر سؤالی را متوجه نشوید جایش را خالی بگذارید):

1. بله خیر آیا از سلامت کامل برخوردارید؟
2. بله خیر آیا در یک سال اخیر تغییری در سلامتی شما حاصل شده است؟
3. بله خیر آیا در سه سال اخیر به علت بیماری مهمی در بیمارستان بستری شده اید؟
چرا؟
4. بله خیر آیا در حال حاضر تحت نظر پزشکی هستید؟ به چه عنوان؟
تاریخ آخرین معاینه پزشکی _____ تاریخ آخرین معاینه دندانپزشکی _____
5. بله خیر آیا با معالجات گذشته دندانپزشکی مشکل داشته اید؟
6. بله خیر آیا در حال حاضر درد دارید؟

II. آیا تجربه کرده اید:

7. بله خیر درد سینه (آنژین)؟
8. بله خیر تورم مچ پا؟
9. بله خیر نفس تنگی؟
10. بله خیر کاهش وزن ، تب ، عرق کردن هنگام شب؟
11. بله خیر سرفه پی در پی، سرفه توام با خون؟
12. بله خیر خورتیزی ، کیود شدن سریع؟
13. بله خیر بیماری سینوس؟
14. بله خیر اشکال در بلعیدن؟
15. بله خیر اسهال، یبوست، خون در مدفوع؟
16. بله خیر استفراغ مکرر، حالت تهوع؟
17. بله خیر به سختی ادرار کردن، خون در ادرار؟
18. بله خیر سرگیجه؟
19. بله خیر صدای زنگ در گوشها؟
20. بله خیر سردرد؟
21. بله خیر احساس غش؟
22. بله خیر تیرگی بینایی؟
23. بله خیر حمله ناگهانی؟
24. بله خیر تشنگی بیش از حد؟
25. بله خیر ادرار مکرر؟
26. بله خیر خشکی دهان؟
27. بله خیر زردی؟
28. بله خیر درد مفاصل ، سفتی مفاصل؟

III. آیا شما دارید یا داشته اید:

29. بله خیر بیماری قلبی؟
30. بله خیر سکنه قلبی، نقص قلبی؟
31. بله خیر صدا های غیر طبیعی قلب؟
32. بله خیر تب روماتیسم؟
33. بله خیر حمله قلبی، سفت شدن سرخ رگها؟
34. بله خیر فشار خون بالا؟
35. بله خیر آسم، سل، آمفیوزم، دیگر بیماریهای ریه؟
36. بله خیر هپاتیت، دیگر بیماریهای کبد؟
37. بله خیر مشکلات معده ، زخم معده؟
38. بله خیر آلرژی (حساسیت) به دوا، غذا، دارو، شیرگیاهی؟
39. بله خیر تاریخچه خانوادگی از نظر مرض قند، قلب ، غده؟
40. بله خیر ایبز؟
41. بله خیر غده، سرطان؟
42. بله خیر التهاب مفاصل ، روماتیسم؟
43. بله خیر بیماری چشم؟
44. بله خیر بیماری پوست؟
45. بله خیر کم خونی؟
46. بله خیر بیماریهای جنسی (سفلیس سوزال)؟
47. بله خیر تبخال؟
48. بله خیر بیماریهای کلیه ، مثانه؟
49. بله خیر بیماریهای تیروئید ، غده فوق کلیوی؟
50. بله خیر مرض قند؟

IV. آیا شما دارید یا داشته اید:

51. بله خیر معالجه روانپزشکی؟
52. بله خیر معالجات اشعه ای؟
53. بله خیر شیمی درمانی؟
54. بله خیر دریچه مصنوعی قلب؟
55. بله خیر مفصل مصنوعی؟
56. بله خیر بستری شدن در بیمارستان؟
57. بله خیر انتقال خون؟
58. بله خیر جراحی؟
59. بله خیر دستگاه تنظیم کننده ضربان قلب؟
60. بله خیر عدسی تماسی؟ (کانتکت لنز)

V. آیا شما استفاده می کنید:

61. بله خیر مواد تفریحی (مواد مخدر)؟
62. بله خیر دارو با نسخه ، بدون نسخه از قبیل (آسپرین)، مواد مخدر، دارو های طبیعی
- لطفاً موارد بالا را لیست کنید.

VI. خاصها فقط:

65. بله خیر آیا شما باردار هستید یا میتوانید باردار باشید و یا کودکی را شیر میدهید؟
66. بله خیر آیا شما قرص جلوگیری از حاملگی استفاده میکنید؟

VII. برای تمام بیماران:

67. بله خیر آیا شما هر نوع بیماری یا مشکلات دیگر پزشکی که در این فرم ذکر نشده است دارید یا داشته اید؟
اگر چنین است لطفاً توضیح بدهید.

من تمام سؤالات را کاملاً و دقیقاً جواب داده ام . من دندانپزشکم را از هر گونه تغییراتی در سلامتی خویش یا مصرف دارو مطلع خواهم کرد.

امضاء بیمار:

تاریخ:

مراجع مجدد:

1. امضاء بیمار: _____ تاریخ: _____

2. امضاء بیمار: _____ تاریخ: _____

3. امضاء بیمار: _____ تاریخ: _____