

ชื่อคนไข้ : _____ เลขประจำตัวคนไข้ : _____

วันเดือนปีเกิด : _____

I. กรุณาเขียนวงกลมล้อมรอบคำตอบที่เหมาะสม (หากท่านไม่เข้าใจคำถามกรุณาปล่อยคำตอบว่างไว้) :

1. ใช่ ไม่ใช่ สุขภาพโดยทั่วไปของท่านดีหรือไม่ ?
2. ใช่ ไม่ใช่ สุขภาพของท่านเปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อปีที่แล้วหรือไม่ ?
3. ใช่ ไม่ใช่ ท่านเคยเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล หรือเคยเจ็บป่วยขั้นร้ายแรงในช่วงสามปีที่ผ่านมาหรือไม่ ? หากตอบว่า ใช่ เพราะเหตุใด ? _____
4. ใช่ ไม่ใช่ ขณะนี้ ท่านได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์หรือไม่ ? เพื่ออะไร ? _____ วันที่หลังสุดที่ท่านได้รับการตรวจรักษาทางการแพทย์ _____ วันที่หลังสุดที่ท่านได้รับการตรวจฟัน _____
5. ใช่ ไม่ใช่ ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับการตรวจรักษาฟันมาก่อนหรือไม่ ?
6. ใช่ ไม่ใช่ ขณะนี้ ท่านปวดฟันหรือไม่ ?

II. ท่านเคยมีประสบการณ์จากด้านล่างนี้หรือไม่ ? :

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 7. ใช่ ไม่ใช่ เจ็บหน้าอก (ปวดรุนแรง) | 18. ใช่ ไม่ใช่ วิงเวียนศีรษะ |
| 8. ใช่ ไม่ใช่ ซ้อเท้าบวม | 19. ใช่ ไม่ใช่ หูอื้อ |
| 9. ใช่ ไม่ใช่ การหายใจติดขัด | 20. ใช่ ไม่ใช่ ปวดศีรษะ |
| 10. ใช่ ไม่ใช่ น้ำหนักลด เป็นไข้ เหงื่อออกระหว่างหลับ | 21. ใช่ ไม่ใช่ หน้ามืด |
| 11. ใช่ ไม่ใช่ ไออย่างต่อเนื่อง ไอเป็นเลือด | 22. ใช่ ไม่ใช่ ตามัว |
| 12. ใช่ ไม่ใช่ ปัญหาโลหิตออก ฟกช้ำได้ง่าย | 23. ใช่ ไม่ใช่ เป็นลม |
| 13. ใช่ ไม่ใช่ ปัญหาเรื่องไชรัส | 24. ใช่ ไม่ใช่ กระทบน้ำมาก |
| 14. ใช่ ไม่ใช่ กลืนอาหารได้ยาก | 25. ใช่ ไม่ใช่ บัสสาวะบ่อย |
| 15. ใช่ ไม่ใช่ ท้องร่วง ท้องผูก ถ่ายเป็นเลือด | 26. ใช่ ไม่ใช่ ปากแห้ง |
| 16. ใช่ ไม่ใช่ อาเจียนบ่อยๆ คลื่นไส้ | 27. ใช่ ไม่ใช่ โรคไตชาน |
| 17. ใช่ ไม่ใช่ มีความยุ่งยากในการถ่ายบัสสาวะ มีเลือดปนในบัสสาวะ | 28. ใช่ ไม่ใช่ ปวดตามข้อ อาการผิดปกติ |

III. ท่านมีหรือเคยมีโรคหรืออาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ? :

- | | |
|---|---|
| 29. ใช่ ไม่ใช่ โรคหัวใจ | 40. ใช่ ไม่ใช่ โรคเอดส์ |
| 30. ใช่ ไม่ใช่ หัวใจวาย หัวใจพิการ | 41. ใช่ ไม่ใช่ เนื้ออก มะเร็ง |
| 31. ใช่ ไม่ใช่ เสียงแผ่วจากการไหลของโลหิตผ่านหัวใจ (Heart murmurs) | 42. ใช่ ไม่ใช่ โรคข้ออักเสบ โรครูมาติก |
| 32. ใช่ ไม่ใช่ ไข้รูมาติก หรือไข้ปวดตามข้อ | 43. ใช่ ไม่ใช่ โรคตา |
| 33. ใช่ ไม่ใช่ โรคลมบั้งจุกัน เส้นโลหิตแดงแข็ง | 44. ใช่ ไม่ใช่ โรคผิวหนัง |
| 34. ใช่ ไม่ใช่ ความดันโลหิตสูง | 45. ใช่ ไม่ใช่ ภาวะโลหิตจาง |
| 35. ใช่ ไม่ใช่ โรคหืด วัณโรค ภาวะการพองลมในเนื้อเยื่อหรือถุงลมผิดปกติ โรคปอดอื่นๆ | 46. ใช่ ไม่ใช่ VD (กามโรค) (เช่น ซิฟิลิส หรือ โทซิโตรี) |
| 36. ใช่ ไม่ใช่ ดับอักเสบ โรคตับอื่นๆ | 47. ใช่ ไม่ใช่ โรคผิวหนังพุพอง |
| 37. ใช่ ไม่ใช่ ปัญหาเรื่องท้อง แผลเปื่อย | 48. ใช่ ไม่ใช่ ไต โรคกระเพาะบัสสาวะอักเสบ |
| 38. ใช่ ไม่ใช่ โรคภูมิแพ้ ที่เกิดจาก ยาจากใบสั่งยาของแพทย์ อาหาร ยาที่ซื้อได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยา ยางลาเท็กซ์ | 49. ใช่ ไม่ใช่ ไทรอยด์ โรคต่อมหมวกไต |
| 39. ใช่ ไม่ใช่ สมาชิกในครอบครัวมีประวัติว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ เนื่องจาก | 50. ใช่ ไม่ใช่ โรคเบาหวาน |

IV. ท่านรับหรือเคยได้รับการบริการตามหัวข้อด้านล่างนี้หรือไม่ ? :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 51. ใช่ ไม่ใช่ การดูแลรักษาโรคจิต | 56. ใช่ ไม่ใช่ การรักษาตัวในโรงพยาบาล |
| 52. ใช่ ไม่ใช่ การบำบัดด้วยการฉายกัมมันตภาพรังสี | 57. ใช่ ไม่ใช่ การถ่ายเลือด |
| 53. ใช่ ไม่ใช่ การบำบัดด้วยสารเคมี | 58. ใช่ ไม่ใช่ การศัลยกรรม |
| 54. ใช่ ไม่ใช่ ลึนปิดเปิดหัวใจเทียม | 59. ใช่ ไม่ใช่ เพชเมคเกอร์ |
| 55. ใช่ ไม่ใช่ ข้อต่อเทียม | 60. ใช่ ไม่ใช่ คอนแท็ก เล็นซ์ |

V. ท่านรับประทานหรือใช้สิ่งต่อไปนี้หรือไม่ ? :

- | | |
|---|----------------------------------|
| 61. ใช่ ไม่ใช่ ยาเสพติด | 63. ใช่ ไม่ใช่ ยาสูบ ในทุกรูปแบบ |
| 62. ใช่ ไม่ใช่ ยา ยาที่ใช้บำบัดโรค ยาที่ซื้อได้โดยไม่ต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์ (รวมทั้ง แอสไพริน) ยาสมุนไพร | 64. ใช่ ไม่ใช่ แอลกอฮอล์ |
- กรุณาระบุชื่อ : _____

VI. สำหรับคนไข้หญิงเท่านั้น :

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 65. ใช่ ไม่ใช่ ท่านตั้งครรภ์ หรือสามารถตั้งครรภ์ หรือกำลังให้นมบุตรของท่าน | 66. ใช่ ไม่ใช่ รับประทานยาคุมกำเนิด |
|--|-------------------------------------|

VII. สำหรับคนไข้ทุกท่าน :

67. ใช่ ไม่ใช่ ท่านมี หรือเคยมีโรคอื่น หรือมีปัญหาทางการแพทย์ที่ไม่ได้ รายชื่ออยู่ในแบบฟอร์มนี้หรือไม่ ?
หากมี กรุณาอธิบาย : _____

ข้าพเจ้าได้ตอบคำถามทุกอย่างอย่างครบถ้วนและถูกต้องตามความรู้ความสามารถของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพและ/หรือยาเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ทันตแพทย์ของข้าพเจ้าได้ทราบ

ลายเซ็นคนไข้ : _____ วันที่ : _____

ตรวจสอบความจำ :

1. ลายเซ็นคนไข้ : _____ วันที่ : _____
2. ลายเซ็นคนไข้ : _____ วันที่ : _____
3. ลายเซ็นคนไข้ : _____ วันที่ : _____