

健康記錄

Chinese

姓名: _____

病人身份號碼: _____

出生日期: _____

I. 選擇適當答案 (若不知道請留空):

- | | | | | | |
|----|---|---|---------------------|-------|------------------|
| 1. | 是 | 否 | 您的健康是否良好? | | |
| 2. | 是 | 否 | 過去一年您的健康有沒有改變? | | |
| 3. | 是 | 否 | 過去三年有沒有住院或患重病? | | |
| | | | 如果有, 什麼原因? | _____ | |
| 4. | 是 | 否 | 您現在是否在接受醫生治療? 什麼原因? | _____ | |
| | | | 上次全身檢查是何時: | _____ | 上次牙科檢查是何時: _____ |
| 5. | 是 | 否 | 牙齒治療之後是否有過問題? | | |
| 6. | 是 | 否 | 您現在有無痛楚? | | |

II. 您曾否有下列症狀或疾病:

- | | | | | | | | |
|-----|---|---|-----------------|-----|---|---|-----------|
| 7. | 是 | 否 | 胸痛 (狹心病)? | 18. | 是 | 否 | 頭暈? |
| 8. | 是 | 否 | 腳踝腫? | 19. | 是 | 否 | 耳鳴? |
| 9. | 是 | 否 | 呼吸急促? | 20. | 是 | 否 | 頭痛? |
| 10. | 是 | 否 | 最近體重減輕, 發燒, 夜汗? | 21. | 是 | 否 | 暈眩? |
| 11. | 是 | 否 | 咳嗽, 咳血? | 22. | 是 | 否 | 眼花? |
| 12. | 是 | 否 | 流血問題, 容易發癢? | 23. | 是 | 否 | 癲癇 (羊癲瘋)? |
| 13. | 是 | 否 | 鼻竇問題? | 24. | 是 | 否 | 極度口渴? |
| 14. | 是 | 否 | 吞食問題? | 25. | 是 | 否 | 尿頻? |
| 15. | 是 | 否 | 腹瀉, 便秘, 便血? | 26. | 是 | 否 | 口乾? |
| 16. | 是 | 否 | 嘔吐, 噁心? | 27. | 是 | 否 | 黃膽? |
| 17. | 是 | 否 | 小便困難, 尿血? | 28. | 是 | 否 | 關節疼痛, 僵硬? |

III. 您現在或過去是否有下列疾病:

- | | | | | | | | |
|-----|---|---|---------------------|-----|---|---|-------------|
| 29. | 是 | 否 | 心臟衰弱? | 40. | 是 | 否 | 愛滋病? |
| 30. | 是 | 否 | 心臟病發作, 心臟有缺陷? | 41. | 是 | 否 | 腫瘤? 癌症? |
| 31. | 是 | 否 | 心雜音? | 42. | 是 | 否 | 風濕性關節炎? |
| 32. | 是 | 否 | 風濕熱? | 43. | 是 | 否 | 眼病? |
| 33. | 是 | 否 | 中風, 血管硬化? | 44. | 是 | 否 | 皮膚病? |
| 34. | 是 | 否 | 高血壓? | 45. | 是 | 否 | 貧血? |
| 35. | 是 | 否 | 哮喘, 肺結核, 肺氣腫或其他肺疾病? | 46. | 是 | 否 | 性病 (梅毒、淋病)? |
| 36. | 是 | 否 | 肝炎或其他肝病? | 47. | 是 | 否 | 皰疹? |
| 37. | 是 | 否 | 胃病 (潰瘍)? | 48. | 是 | 否 | 腎病, 膀胱病? |
| 38. | 是 | 否 | 食物、藥物或橡膠製品過敏? | 49. | 是 | 否 | 甲狀腺、腎上腺病? |
| 39. | 是 | 否 | 家族中有無糖尿病、心臟病、腫瘤病史? | 50. | 是 | 否 | 糖尿病? |

IV. 您現在或過去是否有下列的疾病或治療:

- | | | | | | | | |
|-----|---|---|---------|-----|---|---|--------|
| 51. | 是 | 否 | 精神病治療? | 56. | 是 | 否 | 住院? |
| 52. | 是 | 否 | 放射性治療? | 57. | 是 | 否 | 輸血? |
| 53. | 是 | 否 | 化學治療? | 58. | 是 | 否 | 手術? |
| 54. | 是 | 否 | 人工心臟瓣膜? | 59. | 是 | 否 | 心律調節器? |
| 55. | 是 | 否 | 人工關節? | 60. | 是 | 否 | 隱形眼鏡? |

V. 您現在是否服用:

- | | | | | | | | |
|-----|---|---|-----------------------------|-----|---|---|---------------|
| 61. | 是 | 否 | 迷幻藥? | 63. | 是 | 否 | 香煙、雪茄或其他煙草製品? |
| 62. | 是 | 否 | 處方藥品、一般藥品 (包括: 阿司匹林) 或天然藥材? | 64. | 是 | 否 | 飲酒? |
- 請說明: _____

VI. 只限女士們:

- | | | | | | | | |
|-----|---|---|--------------------|-----|---|---|-------|
| 65. | 是 | 否 | 您是否現在懷孕或哺乳, 或可能懷孕? | 66. | 是 | 否 | 服避孕藥? |
|-----|---|---|--------------------|-----|---|---|-------|

VII. 所有病者:

67. 是 否 您現在或以前是否有任何本表格中沒有列出的病症?

請說明: _____

我已經盡我所知完整及準確地回答上述每一個問題。若有任何身體狀況或服藥方面的變化, 我將通知我的牙科醫生。

簽名: _____ 日期: _____

覆診:

1. 簽名: _____ 日期: _____

2. 簽名: _____ 日期: _____

3. 簽名: _____ 日期: _____