

牙科歷史

姓 _____ 名 _____ Dr. Mr.
 地址 _____ Mrs. Ms.
 城市 _____ 州 _____ 郵碼 _____

1. 最近何時看牙醫？ ____/____/____ 最近何時照牙片？ ____/____/____
2. 最近因何看牙醫？ _____
3. 對以前或這次看牙醫有何顧慮？ _____

4. 牙齦流血嗎？(畫圈) 是 否
5. 牙齒鬆動嗎？(畫圈) 是 否
6. 是否有過牙齦病？(畫圈) 是 否
7. 是否有過口臭？(畫圈) 是 否
8. 牙齒對甚麼敏感？(可畫多個圈) 甜食 冷 熱 壓力
9. 是否有過顛下頷關節痛或響聲？(畫圈) 是 否
10. 對自己的笑容滿意嗎？(畫圈) 是 否
如果回答否，請解釋： _____
11. 希望改變自己的哪些口腔狀況？ _____

...

我理解我應該如實回答以上的問題。據我所知，以上我的回答是準確的。我理解我應該報導我的醫療狀況的任何更新或改動。我允許，可以向我的醫生瞭解我的醫療歷史資料，以便為我提供最好的治療。

病人簽名 _____ 今日日期 _____

如果您替別人填寫這張表格，請指明您與病人的關係、正楷書寫您的名字並簽名。

名字(正楷書寫) _____ 與病人的關係 _____

簽名 _____ 今日日期 _____

健康史更新： 我們將會定期詢問您的健康史更新。

日期	更新內容	病人和牙醫簽名
____/____/____	_____	_____
____/____/____	_____	_____
____/____/____	_____	_____