

中文姓名: \_\_\_\_\_

出生日期(月/日/年): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 健康问卷2014

**请在方格内打勾☑或打叉☒, 注意此页有正反两面, 谢谢!**

请评估您的健康状况:  极佳  良好  一般  欠佳

您最近一次体检(月/年): \_\_\_\_/\_\_\_\_

您家庭医生的姓名以及诊所所在城市: \_\_\_\_\_

#### 您是否对以下物品过敏:

橡胶手套 (是 / 否)

青霉素/阿莫西林类抗菌素 (是 / 否)

麻药/肾上腺素 (是 / 否)

可待因(Codeine)/止咳药 (是 / 否)

布洛芬/退热止痛药 (是 / 否)

其他: \_\_\_\_\_

#### 您是否正在服用药物/治疗疾患?

结核/肺病 (是 / 否)

肝病 (是 / 否)

心脏病 (是 / 否)

肾病 (是 / 否)

胃病 (是 / 否)

眼疾 (是 / 否)

癫痫 (是 / 否)

糖尿病 (是 / 否)

高血压 (是 / 否)

骨质疏松 (是 / 否)

慢性疼痛 (是 / 否)

癌症 (是 / 否)

抑郁/焦虑症 (是 / 否)

抗菌素 (是 / 否)

抗凝血剂 (是 / 否)

阿司匹林 (是 / 否)

激素(可的松) (是 / 否)

其他: \_\_\_\_\_

常规口服药物: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

#### 以往做牙科治疗前, 您需要术前一小时服用抗菌素吗?

不需要

需要, 原因: \_\_\_\_\_

#### 您是否正在使用:

心脏起搏器 (是 / 否)

人工心瓣膜 (是 / 否)

移植器官 (是 / 否)

人工关节 (是 / 否)

#### 您对局部麻醉药有何不良反应?

难以麻醉 (是 / 否)

头晕, 颤抖, 心跳加速 (是 / 否)

不知道 (是 / 否)

没有 (是 / 否)

拔牙或其他外科手术以后, 您是否会出血量多/出血时间较长?  是  否

您的头, 面, 颈部是否曾经受过外伤?  是  否

女士们: 您是否正在怀孕或计划怀孕? 您是否正在哺乳?  是  否

我已尽己所能阅读理解并回答以上问题。 如果情况有变动, 将会及早通知李医生牙医诊所



本人签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

监护人签名: \_\_\_\_\_

监护人/被监护人关系: \_\_\_\_/\_\_\_\_

(Office use only: Checked by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

Entered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014)