

牙科病史

英文姓名 _____ 中文姓名 _____ 年龄 _____

推荐人 _____ 口腔状况 非常好 好 尚可 较差

前任牙医师 _____ 历时 _____ 月/年

最近一次全口检查日期 _____ / _____ / _____ 最近一次 X 光日期 _____ / _____ / _____

最近一次治疗日期（如洗牙等） _____ / _____ / _____

我固定每 _____ 个月看一次牙医: 3 个月 4 个月 6 个月 没有固定

此次看诊主要原因 _____

以下请回答是/否: 是 否

个人病史

1. 您是否会恐惧牙科治疗? 请在 1 (最低) 到 10 分 (最高) 间选择您的恐惧程度 [_____] _____ 是 否
2. 您是否曾有不好的牙科经验? _____ 是 否
3. 您是否曾在过去的牙科治疗中发生过并发症? _____ 是 否
4. 您是否有麻醉无效或局部麻醉起其他反应的经验? _____ 是 否
5. 您是否曾经做过矫正, 矫正治疗或调整咬合? _____ 是 否
6. 您是否拔除过任何牙, 或缺牙? _____ 是 否

牙龈及牙骨

7. 刷牙或用牙线清洁时, 您是否会牙龈出血或者疼痛? _____ 是 否
8. 您是否曾经治疗牙龈方面的疾病, 或着被告知您牙齿周围的骨骼已流失? _____ 是 否
9. 您是否感到您的嘴里有一股不好的味道或气味? _____ 是 否
10. 您的家族里是否有人患有牙周病? _____ 是 否
11. 您是否曾患有牙龈萎缩? _____ 是 否
12. 您的牙齿是否曾经自行松动 (非因碰撞), 或者您觉得吃个苹果很困难? _____ 是 否
13. 您口腔内是否曾经有无关牙齿的灼热感或疼痛感? _____ 是 否

牙齿结构

14. 在过去的 3 年内您是否曾经蛀牙? _____ 是 否
15. 您口腔内的口水是否显得过少, 或着您是否有吞咽困难? _____ 是 否
16. 您牙齿的咬合面是否有坑洞? _____ 是 否
17. 您的牙齿是否会怕热, 冷, 咀嚼, 甜食敏感? 您是否会避免刷口腔内的某一部位? _____ 是 否
18. 您的牙齿在牙龈附近是否有凹痕或凹洞? _____ 是 否
19. 您是否有断牙, 牙齿碎裂, 牙痛或补牙裂损的经验? _____ 是 否
20. 您牙齿之间是否经常会塞食物? _____ 是 否

咬合及下颌关节

21. 您是否有下颌关节的问题? (疼痛, 发出声响, 张口度有限, 关节紧锁, 或脱出) _____ 是 否
22. 咬起牙时, 您是否会感到下颚向后推动? _____ 是 否
23. 您是否会避免, 或感到困难咀嚼口香糖, 胡萝卜, 坚果, 有硬度的面包, 或其他坚硬, 干燥的食物? _____ 是 否
24. 您的牙齿在过去 5 年内是否有改变, 变得更短, 更薄或着磨损? _____ 是 否
25. 您的牙齿是否越来越歪, 拥挤或重叠? _____ 是 否
26. 您的牙齿空间是否越来越大或是越来越松动? _____ 是 否
27. 为使牙齿咬合在一起, 您是否必须有一个以上的咬合动作, 或着移动下巴? _____ 是 否
28. 您的舌头是放在牙齿间, 还是抵着牙齿的? _____ 是 否
29. 您是否会啃冰块, 咬指甲, 以牙持物, 或着任何其他的口腔习惯? _____ 是 否
30. 您是否会白天紧咬牙齿或有任何使他们疼痛的习惯? _____ 是 否
31. 您是否有睡眠 (不安) 的问题, 醒来头痛或着会特别注意到您的牙齿? _____ 是 否
32. 您是否曾经戴过咬合板? _____ 是 否

牙齿外观

33. 是否对您的牙齿外观有任何改变的需求? _____ 是 否
34. 是否曾经漂白牙齿? _____ 是 否
35. 是否因您的牙齿外观感到不安或着不满? _____ 是 否
36. 过去是否曾对牙科治疗项目感到失望? _____ 是 否

签名 _____ 日期 _____

医师签名 _____ 日期 _____

医疗病史

英文姓名 _____ 中文姓名 _____ 年龄 _____

家庭医生/专科 _____

最近一次体检 _____ 目的 _____

健康状况 非常好 好 尚可 较差

您是否（或曾经）：

- | | 是 | 否 | | 是 | 否 |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. 因疾病或外伤住院 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. 有关节炎 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 对下列物质过敏 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. 患有自身免疫性疾病 _____
(即类风湿性关节炎, 狼疮, 硬皮病) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 阿司匹林, 布洛芬, 对乙酰氨基酚, 可待因 | | | 29. 有青光眼 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 青霉素 | | | 30. 戴隐形眼镜 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 红霉素 | | | 31. 头部或颈部曾经受伤 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 四环素 | | | 32. 患有癫痫, 惊厥 (抽搐) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 黄胺 | | | 33. 患有神经障碍疾病 (多动症, 朊病毒疾病) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 局部麻醉 | | | 34. 有病毒感染/疮 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 氟化物 | | | 35. 口腔肿起或有任何肿块 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 金属 (镍, 金, 银, _____) | | | 36. 患有荨麻疹, 皮疹, 花粉热 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 胶乳 | | | 37. STI/STD/HPV _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | | 38. 患有肝炎 (类型 _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 最近 6 个月内有心臟问题, 或装有心脏支架 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. 有艾滋病病毒/艾滋病 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 有感染性心内膜炎的历史 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. 有肿瘤, 异常生长 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 有人工心脏瓣膜/心脏缺陷 (PFO) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. 接受放射治疗 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 有植入心脏起搏器或除颤器 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. 服用化疗, 免疫抑制药物 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 有骨科植入物 (关节置换) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. 情绪问题 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 有风湿热或猩红热 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. 精神治疗 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 高或低血压 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. 服用抗抑郁药物 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 中风 (服用血液稀释剂) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46. 酒精/娱乐性药物的使用 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 贫血或其他血液疾病 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 12. 因轻微的伤口而长时间出血 (INR>3.5) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 您是否: | | |
| 13. 肺气肿, 呼吸急促, 结节病 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47. 目前因其它疾病正在接受治疗 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 肺结核, 麻疹, 水痘 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48. 感觉在过去 24 小时内自己健康有变化
(发热, 寒战, 咳嗽或腹泻) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. 哮喘 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49. 服用控制体重的药物 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. 睡眠呼吸问题 (睡眠呼吸暂停, 打鼾, 鼻窦问题) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50. 服用食物补充药品 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. 肾脏疾病 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51. 常常感到筋疲力尽, 疲惫 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. 肝病 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 52. 经常头痛 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. 黄疸 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 53. 吸烟, 曾经吸烟或使用无烟烟草 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. 甲状腺, 副甲状腺疾病, 或缺钙 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 54. 感受敏感的人 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. 生长激素缺乏症 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 55. 常感不开心或郁闷 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. 高胆固醇或服用他汀类药物 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56. 服用避孕药 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. 糖尿病 (糖化血红蛋白= _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57. 目前怀孕 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. 胃或十二指肠溃疡 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 58. 患有前列腺疾病 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. 消化功能疾病 (腹腔疾病, 胃反流) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 26. 骨质疏松/骨量减少 (服用双膦酸盐) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

请列举/说明目前或即将接受医疗的项目, 手术, 是否有基因/发育之迟缓等, 其他可能影响您的牙科治疗的项目。

请列出所有药物, 补充剂, 及最近两年内服用的维生素。

药物名称	用途	药物名称	用途
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

未来您在病史或服用药物上发生任何变化时请如悉告知。

签名 _____ 日期 _____

医师签名 _____ 日期 _____