

上海明美口腔门诊部病历卡

日期_____

姓_____名_____

出生年月(月/日/年)_____性别_____

公司_____职位_____

你是如何知道我们诊所的? _____

邮箱_____移动电话_____

家庭电话_____公司电话_____

联系地址_____邮编_____

第二联系人姓名_____电话_____

如未满 18 岁患者，须填写以下内容

母亲姓名_____父亲姓名_____

学校_____班级_____

兄弟姐妹的名字和年龄_____

初步健康信息

上一次洗牙的日期_____ 上一次拍牙科 x 光片的日期_____

你了解牙科那方面问题? _____

以下圈适当的答案。如果“是”，请解释

你有任何过敏？是/否 _____

你服用任何药物，药物，过度的非处方药（包括阿司匹林），或其它的补救措施？是/否

女性：你可能是怀孕或在哺乳吗？ 是/否 _____

同意：我承诺上述信息是真实的。本人同意配合医生进行牙科X射线，牙齿模型，牙齿拍照或任何医生认为需要辅助诊断的项目，以及医生进行的任何用药和治疗。我也明白了麻醉剂的使用，可能存在一定的风险。我同意接受一切诊疗，及付相应的诊疗费用。

病人 / 监护人签字 _____

日期 _____

上海明美口腔门诊部病历卡

以下问题请圈适当的答案：是，否，或不清楚
您的资料只作为记录，绝对保密。完整的记录，对医生诊断至关重要。

病人的病历

- | | |
|---------|---|
| 是 否 不清楚 | 有先天缺陷或遗传性的问题吗？ |
| 是 否 不清楚 | 有类风湿或关节炎？ |
| 是 否 不清楚 | 有内分泌或甲状腺疾病？ |
| 是 否 不清楚 | 肾脏有问题吗？ |
| 是 否 不清楚 | 糖尿病？ |
| 是 否 不清楚 | 癌症或肿瘤治疗？ |
| 是 否 不清楚 | 胃溃疡或胃病？ |
| 是 否 不清楚 | 脊髓灰质炎，单核细胞增多症，肺结核，肺炎 |
| 是 否 不清楚 | 免疫系统的问题？ |
| 是 否 不清楚 | 肝炎，黄疸或肝脏问题吗？ |
| 是 否 不清楚 | 艾滋病或艾滋病毒呈阳性？ |
| 是 否 不清楚 | 性病？ |
| 是 否 不清楚 | 昏厥，抽搐，癫痫或神经系统疾病？ |
| 是 否 不清楚 | 失血过多，贫血或出血性疾病？ |
| 是 否 不清楚 | 血压高或低？ |
| 是 否 不清楚 | 容易疲倦？ |
| 是 否 不清楚 | 胸痛，气短或呼吸或脚肿胀？ |
| 是 否 不清楚 | 心血管疾病（心脏有问题，心脏病发作的，冠状动脉供血不足，中风，先天性心脏缺陷或风湿性心脏病）？ |
| 是 否 不清楚 | 皮肤疾病？ |
| 是 否 不清楚 | 眼，耳，鼻，喉的疾病？ |
| 是 否 不清楚 | 花粉热，哮喘，荨麻疹？ |

是 否 不清楚	过敏或药物反应？
是 否 不清楚	你服用药物，营养补充剂或非处方药吗？
是 否 不清楚	你目前有或曾经有药物滥用的问题？
是 否 不清楚	做过手术？
是 否 不清楚	住院么？为什么住院？ _____
是 否 不清楚	正在接受其它什么方面的治疗？ _____
是 否 不清楚	你身体健康吗？最近的体检日期 _____

仅女性患者回答

是 否 不清楚	你怀孕了吗？
是 否 不清楚	你服用避孕药？
是 否 不清楚	你目前有怀孕的计划吗？

病人的牙科历史

是 否 不清楚	牙齿缺损？
是 否 不清楚	牙齿敏感,牙齿过热或过冷疼痛？
是 否 不清楚	颌骨骨折，囊肿，口腔感染？
是 否 不清楚	死髓牙，做过根管治疗？
是 否 不清楚	牙龈出血，口腔异味？

- 是 否 不清楚 牙周的牙龈问题？
- 是 否 不清楚 食物嵌塞？
- 是 否 不清楚 经常口腔溃疡，唇疱疹？
- 是 否 不清楚 有吮吸手指的习惯吗？直到什么时候_____
- 是 否 不清楚 异常吞咽的习惯？
- 是 否 不清楚 习惯用嘴呼吸，打鼾，呼吸困难？
- 是 否 不清楚 磨牙，下颌关节弹响，张口受限？
- 是 否 不清楚 在耳朵周围或脸上有肌肉疼痛或酸痛？
- 是 否 不清楚 你的下颌关节疼或有耳鸣吗？
- 是 否 不清楚 你做过颞下颌关节的治疗么？
- 是 否 不清楚 在咀嚼时或张口困难？
- 是 否 不清楚 你有比正常多的牙或先天缺失牙的历史？
- 是 否 不清楚 有任何一个恒牙被拔除？
- 是 否 不清楚 你知道曾经补过的牙拔掉或者松动了？
- 是 否 不清楚 任何牙齿使你的颊，唇，舌，腭感觉不适？
- 是 否 不清楚 你有过正畸治疗或曾经戴过保持器
或者颌平面导板吗？
- 是 否 不清楚 你最近有看的牙科的治疗？_____
- 是 否 不清楚 你有过牙周（牙龈）治疗？
- 是 否 不清楚 关注缝隙，不整齐，凸出的牙齿？
- 是 否 不清楚 你的下颌过度前伸或后缩？
- 是 否 不清楚 一些阻生齿（智齿）的问题？
- 是 否 不清楚 你以前看牙科有什么严重问题？

18 岁以下的患者回答

- 是 否 不清楚 开始长牙时间早或晚？
- 是 否 不清楚 乳牙被拔除？
- 是 否 不清楚 青春期开始（大概什么时候开始）？_____
- 是 否 不清楚 如果医生认为需要带正畸装置，他们会反对么？
- 是 否 不清楚 他 / 她刷牙是否认真呢？
- 是 否 不清楚 病人是否有学习障碍或需要另外的帮助？
- 是 否 不清楚 是敏感，自我意识的病人吗？

你每天刷牙几次？_____ 用牙线几次？_____

为了更好的治疗，病人应该做到全面陪合，按时复诊，并保持口腔卫生？
有没有什么其它原因而不能很好配合？

我已阅读并理解上述问题。我在完成本表格如果有任何错误或遗漏,是本人的责任。如果以后这段病史记录有任何变化，我会通知你们。

病人 / 监护人签字 _____ 日期 _____