



Health History — Chinese

Patient name: _____ Patient ID number: _____
 Birth date: _____

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, 容易發瘀? | 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: _____ |