

牙病治療史

姓名 _____ 別名 _____ 年齡 _____
轉介人 _____ 你如何評價你的口腔狀況？ 很好 較好 一般 較差
以前的牙醫 _____ 你是該牙醫的病人有多長時間？ _____ 月/年
最近一次牙科檢查的日期 _____/_____/____ 最近一次 X 光照射的日期 _____/_____/____
最近一次接受治療（除洗牙外）的日期 _____/_____/____
我按照以下頻率定期看我的牙醫： 每三個月 每四個月 每六個月 每十二個月 不定期

你現在的問題是什麼？ _____

請對以下問題回答「是」或「否」：

是 否

個人病史



1. 你是否害怕接受牙科治療？你的害怕程度有多高？請用 1（最低）到 10（最高）的評分標準衡量 [] _____ 是 否
2. 你是否曾經有過不愉快的牙科治療經歷？ _____ 是 否
3. 你是否曾因以前的牙齒治療出現併發症？ _____ 是 否
4. 你是否曾經在麻醉時遇到麻煩或對局麻有任何反應？ _____ 是 否
5. 你是否曾裝過牙套、接受過牙矯正術或咬合調整？ _____ 是 否
6. 你是否曾拔牙或有從未長出的缺失牙齒？ _____ 是 否

牙齦和骨骼



7. 你在刷牙或用牙線時牙齦是否出血或疼痛？ _____ 是 否
8. 你是否曾接受過牙齦病治療或被告知你的牙周骨質流失？ _____ 是 否
9. 你是否曾注意到口內有難聞的味道或氣味？ _____ 是 否
10. 你的家中是否有任何人患牙周病？ _____ 是 否
11. 你是否曾出現過牙齦萎縮？ _____ 是 否
12. 你是否曾出現過牙齒自動（未受傷）變鬆或在吃蘋果時有困難？ _____ 是 否
13. 你是否曾出現過與牙齒無關的口腔內發熱或疼痛的感覺？ _____ 是 否

牙齒結構



14. 你在過去三年內是否曾出現過任何蛀牙？ _____ 是 否
15. 你口腔內的唾液量是否過少或在吞嚥任何食物時有困難？ _____ 是 否
16. 你是否感到或注意到你的牙齒咬合面上有任何牙洞（即點蝕、坑洞）？ _____ 是 否
17. 你是否有任何對熱、冷、咬東西、甜食敏感的牙齒或避免刷牙口腔內的任何部位？ _____ 是 否
18. 你的牙齦線附近的牙齒是否有凹槽或凹痕？ _____ 是 否
19. 你是否曾出現過斷牙、碎裂牙齒、牙痛或牙隱裂補牙？ _____ 是 否
20. 你是否經常有食物卡在牙縫中？ _____ 是 否

咬合和下頷關節



21. 你是否有下頷關節問題？（疼痛、聲響、張開受限、鎖住、脫落） _____ 是 否
22. 當你將牙齒咬合時，是否有下頷被往後推的感覺？ _____ 是 否
23. 你是否避免咀嚼口香糖、胡蘿蔔、堅果、百吉餅、法式長棍麵包、高蛋白營養棒或其他乾硬的食物或在吃這些食物時有困難？ _____ 是 否
24. 你的牙齒在過去五年內是否發生變化——變短、變薄或磨損？ _____ 是 否
25. 你的牙齒是否變得更歪斜、擁擠或重疊？ _____ 是 否
26. 你是否出現牙縫或牙齒變得更鬆？ _____ 是 否
27. 你是否需要一次以上咬、擠或移動下頷才能使牙齒對齊？ _____ 是 否
28. 你是否將舌頭放在牙齒之間或在合上牙齒時抵在舌頭上？ _____ 是 否
29. 你是否咀嚼冰塊、咬指甲、用牙齒咬住東西或有任何其他口腔習慣？ _____ 是 否
30. 你在白天是否咬緊牙齒使牙齒產生疼痛感？ _____ 是 否
31. 你是否有睡眠問題（即不安穩）、醒來時感到頭痛或牙齒不舒服？ _____ 是 否
32. 你是否佩戴或曾經佩戴咬合裝置？ _____ 是 否

微笑特徵



33. 是否有任何希望改變的牙齒外觀問題？ _____ 是 否
34. 你是否曾漂白牙齒？ _____ 是 否
35. 你是否曾對自己的牙齒外觀感到不舒服或不自在？ _____ 是 否
36. 你是否曾對以前接受的牙科診治感到失望？ _____ 是 否

病人簽名 _____ 日期 _____

醫生簽名 _____ 日期 _____

醫療史

病人姓名 _____ 別名 _____ 年齡 _____

醫生姓名/以及醫生的專長 _____

最近一次體檢 _____ 目的 _____

你如何評估自己的整體健康狀況？ 很好 較好 一般 較差

你是否或曾經：

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | 是 | 否 | | 是 | 否 |
| 1. 因患病或受傷住院 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. 關節炎 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 對以下物品/程序過敏 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. 自體免疫性疾病 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 阿司匹林、布洛芬、醋氨酚、可待因 | | | (即風濕性關節炎、狼瘡、硬皮病) | | |
| <input type="checkbox"/> 青黴素 | | | 29. 青光眼 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 紅黴素 | | | 30. 隱形鏡片 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 四環素 | | | 31. 頭部或頸部受傷 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 磺胺 | | | 32. 癲癇、驚厥 (癲癇發作) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 局麻 | | | 33. 神經學障礙 (注意力缺失症 (ADD) / 注意力缺失多動症 (ADHD)、朊病毒病) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 氟化物 | | | 34. 病毒性感染和唇皸疹 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 金屬 (鎳、金、銀、 _____) | | | 35. 口腔內任何腫塊或紅腫 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 乳膠 | | | 36. 蕁麻疹、皮疹、花粉熱 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | | 37. 軟組織感染 (STI) / 性病 (STD) / 人乳頭狀瘤病毒 (HPV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 過去六個月內出現心臟問題或安放心臟支架 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. 肝炎 (類型 _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 感染性心內膜炎病史 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. 艾滋病病毒 (HIV) / 艾滋病 (AIDS) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 人工心臟、修復心臟缺陷 (PFO) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. 腫瘤，異常生長 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 心臟起搏器或可植入除顫器 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. 放射療法 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 整形外科植入 (關節置換術) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. 化療、免抑制疫力藥物 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 風濕熱或猩紅熱 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. 情緒問題 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 高血壓或低血壓 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. 精神病治療 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 中風 (服用血液稀釋劑) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. 抗憂鬱藥 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 貧血症或其他血液障礙 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46. 酗酒/吸毒 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. 因輕微的切傷長時間流血 (國際標準化比率 (INR) > 3.5) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你是否： | | |
| 13. 肺氣腫、氣促、肉狀瘤病 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47. 目前正在接受任何其他疾病治療 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 肺結核、麻疹、水痘 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48. 在過去 24 小時內注意到你的健康狀況發生變化 | | |
| 15. 哮喘 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (即發燒、寒顫、新出現的咳嗽或腹瀉) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. 呼吸或睡眠問題 (即睡眠呼吸暫停、打鼾、鼻竇) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49. 服用控制體重的藥物 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. 腎病 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50. 服用營養補充劑 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. 肝病 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51. 經常感到疲憊或疲倦 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. 黃疸 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 52. 經常出現頭痛 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. 甲狀腺、副甲狀腺或鈣鈣 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 53. 抽煙、以前抽煙或抽吸無煙煙草 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. 激素缺乏症 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 54. 被視為易怒/敏感的人 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. 高膽固醇或在服用他汀類藥物 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 55. 經常不快樂或憂鬱 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. 糖尿病 (HbA1c = _____) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56. 服用避孕藥 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. 胃潰瘍或十二指腸潰瘍 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57. 目前在懷孕 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. 消化障礙 (即乳糜瀉、胃反酸) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 58. 前列腺疾病 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. 骨質疏鬆症/骨量減少 (即在服用二磷酸鹽藥) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

請描述任何目前接受的治療、即將接受的手術、遺傳/發育遲緩或可能影響你的牙科治療的其他治療。
(即肉毒桿菌、膠原蛋白注射)

請列出過去兩年內服用的所有藥物、營養補充劑和/或維他命。

藥物	目的	藥物	目的
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

今後如果出現任何醫療史或服用的任何藥物變化，請通知我們。

病人簽名 _____ 日期 _____

醫生簽名 _____ 日期 _____

