

我们需要了解阁下之健康状况，以便在牙齿保健时，能采取最适当之治疗。如有问题请询问柜台的接待员。阁下提供的资料将被视为机密

(请在有关的空格写 /)

不,我身心健康,我不愿意提供我的健康资料,但是仍然要牙科医生治疗

1.您是否住过医院? 若'有'请写明:- 有 无

疾病 手术 生产 其它(请写明):

2.您曾经患过下列的病症/问题吗? 有 无

若'有'请写明:-

心脏病 肝脏病 肾脏病 肺脏病

哮喘 血液病 G6PD 恶性肿瘤

黄疸病 癫痫/昏迷 其它(请写明):

3.您是否有糖尿病? 有 无

4.您是否有高血压? 有 无

5.您是否有长期吃药(除了补药)? 有 无

若'有'请写明药名或用处:.....

6.女性:

6a.您是否正在怀孕或预备怀孕? 有 无

6b.您是否正在喂为孩子喝人奶? 有 无

6c.您是否有吃或使用避孕药? 有 无

7.您是否有任何的传染病? 有 无

若'有'请写明:-

肝炎 B, C, A 爱滋病 (AIDS/HIV) 肺结核 (TB)

性病(如:梅毒,淋病等) 其它(请写明):

8. 您容易有 (i)青肿或 有 无

(b)流血止不吗? 有 无

9. 您有对什么东西过敏/敏感吗? 有 无

若'有'请写明:-

药物:..... 橡胶:..... 食物:..... 金属:.....

其它:.....

10. 您有下列的习惯吗? 有 无

若'有'请写明:-

喝酒 吸烟 吃槟榔

如果您患有上述以外之病痛, 请通知牙医

我会在每次治疗前我的牙医, 关于我最新的健康状况:

疾病, 传染病, 敏感, 手术, 最近 14 天所用吃,吃过的药,

凡十八岁以下, 其父母或监护人将负责向牙医报告孩童之健康状况, 其下之签名将作为同意接受治疗。

**本人/父亲/母亲/监护人签名

**请删除不适用字句

疾病如果运动员是未成年人或有某种身体缺陷导致他/她本人不能签署此表，父母一方或监护人应代表运动员签名或与运动员共同签名必须附上明确的依据，与申请一并提交。诊断依据应包括医疗记录以及所有相关检查结果、实验室检查、影像学检查等。如果可能，还应包括原始报告单或信件的复印件。证据在临床意义上必须尽可能客观，如果客观证据不明显，独立的支持性医学意见将有助于该申请病史

冠心病	甲亢
风心病	
先心病	
心肌病	
支气管扩张	神经官能症
支气管	吸毒史
肺气肿	急慢性肝炎
消化性溃疡	
肝硬化	
胰腺疾病	
急慢性肾炎	史
肾功能不全	
结缔组织	其他 心界
杂音 心率	次/分 律
	腹部
	神经系统
确诊贫血	
精神病	
严重外伤史	
恶性肿瘤	
性传播疾病	
肺结核病	
脾病	
其他	
或	