

# 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"/> | <b>你是否：</b>                                     |                          |                          |
| 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 \_\_\_\_\_

