

ประวัติทางการแพทย์

ชื่อผู้ป่วย: _____ หมายเลขบัตรการประกันสังคม: _____
วันเดือนปีเกิด: _____

I. วงกลมคำตอบที่ถูกต้อง (ปล่อยว่าง หากท่านไม่เข้าใจคำถาม)

- ใช่ ไม่ใช่ สุขภาพโดยทั่วไปของท่านดี
- ใช่ ไม่ใช่ มีการเปลี่ยนแปลงในสุขภาพของท่าน ในระยะเวลา 1 ปี
- ใช่ ไม่ใช่ ใน 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือ มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง สาเหตุ _____
- ใช่ ไม่ใช่ ขณะนี้ท่านอยู่ในการดูแล หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ สาเหตุ _____ วันที่ตรวจร่างกายครั้งสุดท้าย _____ วันที่พบทันตแพทย์ครั้งสุดท้าย _____
- ใช่ ไม่ใช่ ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับการรักษาฟันก่อนหน้านี้
- ใช่ ไม่ใช่ ขณะนี้ท่านมีอาการปวดหรือไม่

II. ท่านเคยมีประวัติของอาการเหล่านี้

- | | | | |
|----------------|--|----------------|--------------------|
| 7. ใช่ ไม่ใช่ | เจ็บหน้าอก จากเส้นเลือดหัวใจตีบ | 18. ใช่ ไม่ใช่ | เวียนศีรษะ |
| 8. ใช่ ไม่ใช่ | ข้อเท้าบวม | 19. ใช่ ไม่ใช่ | มีเสียงดังในหู |
| 9. ใช่ ไม่ใช่ | หายใจสั้น | 20. ใช่ ไม่ใช่ | ปวดหัว |
| 10. ใช่ ไม่ใช่ | น้ำหนักลด, มีไข้, เหงื่อออกในเวลากลางคืน | 21. ใช่ ไม่ใช่ | หน้ามืดเป็นลม |
| 11. ใช่ ไม่ใช่ | ไอเป็นเวลานาน ไอเป็นเลือด | 22. ใช่ ไม่ใช่ | มองเห็นไม่ชัด |
| 12. ใช่ ไม่ใช่ | ปัญหาเลือดออก, ช้ำง่าย | 23. ใช่ ไม่ใช่ | ลมชัก |
| 13. ใช่ ไม่ใช่ | ปัญหาเกี่ยวกับไต/สักรัศ | 24. ใช่ ไม่ใช่ | กระหายน้ำผิดปกติ |
| 14. ใช่ ไม่ใช่ | กลืนอาหารลำบาก | 25. ใช่ ไม่ใช่ | ปัสสาวะบ่อย |
| 15. ใช่ ไม่ใช่ | ท้องเสีย ท้องผูก อุจจาระเป็นเลือด | 26. ใช่ ไม่ใช่ | ปากแห้ง |
| 16. ใช่ ไม่ใช่ | อาเจียรบ่อย, คลื่นไส้ | 27. ใช่ ไม่ใช่ | ตัวเหลือง ตาเหลือง |
| 17. ใช่ ไม่ใช่ | ปัสสาวะขัด ปัสสาวะเป็นเลือด | 28. ใช่ ไม่ใช่ | ปวดข้อ ข้อติด |

III. ท่านกำลังเป็นหรือเคยเป็นโรคเหล่านี้

- | | | | |
|----------------|--|----------------|------------------------------------|
| 29. ใช่ ไม่ใช่ | โรคหัวใจ | 40. ใช่ ไม่ใช่ | เอดส์ |
| 30. ใช่ ไม่ใช่ | โรคหัวใจเฉียบพลัน หัวใจพิการ | 41. ใช่ ไม่ใช่ | เนื้องอก มะเร็ง |
| 31. ใช่ ไม่ใช่ | ลิ้นหัวใจรั่ว | 42. ใช่ ไม่ใช่ | ข้ออักเสบ รูมาตัส |
| 32. ใช่ ไม่ใช่ | ไข้รุมตึก | 43. ใช่ ไม่ใช่ | โรคตา |
| 33. ใช่ ไม่ใช่ | เส้นเลือดสมองแตก หรือตีบตัน | 44. ใช่ ไม่ใช่ | โรคผิวหนัง |
| 34. ใช่ ไม่ใช่ | ความดันโลหิตสูง | 45. ใช่ ไม่ใช่ | โลหิตจาง |
| 35. ใช่ ไม่ใช่ | วัณโรค หลงลมไปงอก โรคปอดอื่นๆ | 46. ใช่ ไม่ใช่ | กามโรค |
| 36. ใช่ ไม่ใช่ | โรคตับอักเสบ โรคตับอื่นๆ | 47. ใช่ ไม่ใช่ | งูสวัด ติดเชื้อไวรัสเฮอร์ปีส์ |
| 37. ใช่ ไม่ใช่ | ปัญหาหรือแผลในกระเพาะอาหาร | 48. ใช่ ไม่ใช่ | โรคไต โรคเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะ |
| 38. ใช่ ไม่ใช่ | อาการแพ้ต่อ ยา อาหาร การรักษาโรค | 49. ใช่ ไม่ใช่ | โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ ต่อมหมวกไต |
| 39. ใช่ ไม่ใช่ | สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นเบาหวาน โรคหัวใจ เนื้องอก | 50. ใช่ ไม่ใช่ | เบาหวาน |

IV. ท่านกำลังได้รับ หรือเคยรับการรักษาต่อไปนี้

- | | | | |
|----------------|----------------|----------------|----------------------------|
| 51. ใช่ ไม่ใช่ | จิตบำบัด | 56. ใช่ ไม่ใช่ | เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล |
| 52. ใช่ ไม่ใช่ | รังสีรักษา | 57. ใช่ ไม่ใช่ | เปลี่ยนถ่ายเลือด |
| 53. ใช่ ไม่ใช่ | เคมีบำบัด | 58. ใช่ ไม่ใช่ | ผ่าตัด |
| 54. ใช่ ไม่ใช่ | ลิ้นหัวใจเทียม | 59. ใช่ ไม่ใช่ | เครื่องกำหนดการเต้นหัวใจ |
| 55. ใช่ ไม่ใช่ | ข้อเทียม | 60. ใช่ ไม่ใช่ | คอนแทกเลนส์ |

V. ท่านกิน ดื่ม หรือใช้สิ่งต่อไปนี้

- | | | | |
|----------------|-------------------------------------|----------------|------------------------|
| 61. ใช่ ไม่ใช่ | ยากต่อมประสาท | 63. ใช่ ไม่ใช่ | บุหรี่ ยาสูบ |
| 62. ใช่ ไม่ใช่ | ยาเสพติด ยาประจำ (รวมทั้ง แอสไพริน) | 64. ใช่ ไม่ใช่ | เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ |
- เช่น _____

VI. เจาะผู้ป่วยหญิง

- | | | | |
|----------------|---|----------------|----------------|
| 65. ใช่ ไม่ใช่ | อยู่ระหว่างหรือคาดว่าจะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร | 66. ใช่ ไม่ใช่ | ใช้ยาคุมกำเนิด |
|----------------|---|----------------|----------------|

VII. ผู้ป่วยทุกท่าน

67. ใช่ ไม่ใช่ ท่านกำลังมีหรือเคยมีโรคหรือปัญหาสุขภาพอื่นนอกเหนือจากรายการข้างต้นหรือไม่
ถ้ามี, โปรดอธิบาย _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ตอบคำถามข้อด้วยตัวเองอย่างถูกต้องและสมบูรณ์ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในด้านสุขภาพและการรักษา

โรคอื่นของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ทันตแพทย์ผู้รักษาทราบ

ลายเซ็นผู้ป่วย _____ วันที่ _____

การกลับมาตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง:

- ลายเซ็นผู้ป่วย _____ วันที่ _____
- ลายเซ็นผู้ป่วย _____ วันที่ _____
- ลายเซ็นผู้ป่วย _____ วันที่ _____