

HỒ SƠ BỆNH LÝ

Email:			Ngày:		
Tên muốn được gọi:		Được giới thiệu từ bác sĩ:			
(HỌ	TÊN	TÊN LÓT)	Số điện thoại:		
Địa chỉ					
SSN:		Sinh nhật:		Giới tính: Nam Nữ	
Công việc:			Số điện thoại công việc:		
Số liên lạc khẩn cấp:		Quan hệ:		Số điện thoại:	
Tình trạng học college: Full Time Part Time		Xin ghi thông tin trường:		Tên trường:	
Tình trạng công việc: Full Time Part Time Đã nghỉ hưu		Địa chỉ 1:			
Tình trạng hôn nhân: Đã kết hôn Độc thân Đã li hôn Li thân Goá		Địa chỉ 2:			
Nhà thuốc:		Số điện thoại:		Thành phố, Tiểu bang, Zip code:	

Thông tin Nha khoa

YES NO KB

YES NO KB

Nướu (lợi) có bị chảy máu khi đánh răng hay xỉa răng không?				Bạn có bị đau tai hay đau cổ không?			
Răng bạn có nhạy cảm với nhiệt độ nóng, lạnh, đồ ngọt hay sức đề không?				Bạn có vấn đề gì về hàm không?			
Miệng có bị khô không?				Bạn có nghiến răng không?			
Bạn có từng điều trị nướu (lợi) không?				Bạn có bị lở/ loét trong miệng không?			
Bạn có từng niềng răng không?				Bạn có đeo răng giả không?			
Bạn có gặp vấn đề gì về điều trị răng trước đây không?				Bạn có tham gia bất kì hoạt động sử dụng chất kích thích nào không?.....			
Nước ở nhà bạn có chất flor không?				Bạn có từng bị chấn thương nặng vùng đầu hay miệng không?			
Bạn uống nước máy hay nước đóng chai?				Ngày khám răng lần cuối:			
Nếu có, bao lâu một lần? MỖI NGÀY / MỖI TUẦN / LÂU LÂU				Những trị liệu đã thực hiện:			
Bạn có đang bị đau răng hay đau lợi không?				Ngày chụp X-ray răng lần cuối:			
Hôm nay bạn cần khám răng về vấn đề gì?							
Bạn cảm thấy như thế nào về nụ cười của mình?							

Đánh KB nếu bạn KHÔNG BIẾT câu trả lời

YES NO KB

YES NO KB

Bạn có bác sĩ gia đình không?				Bạn có từng mắc bệnh nặng, phẫu thuật hay nhập viện trong vòng 5 năm trở lại không?			
Tên bác sĩ: _____				Nếu có, bệnh gì? _____			
Số điện thoại: _____				Bạn có đã hay đang uống thuốc gì không?			
Địa chỉ: _____				Nếu có, xin ghi rõ, gồm cả vitamin, thuốc giảm cân, thuốc dân gian			
Tình trạng sức khỏe: _____				Bạn có sử dụng thuốc controlled không?			
Những bệnh đang có: _____				Bạn có dùng thuốc lá không?			
Ngày khám tổng quát lần cuối: _____				Nếu có, bạn muốn dừng lại không? RẤT MUỐN/ BÌNH THƯỜNG / KHÔNG			
Bạn có mang kính sát tròng không?				Bạn có uống chất có cồn không?			
Bạn có đã hoặc đang sử dụng những thuốc giảm cân như Pondimin (fenfluramine), Redux (dexphenfluramine) hay fen-phen (hợp chất fenfluramine-phentermine) không?				Nếu có, bạn đã uống bao nhiêu trong 24 giờ vừa qua? _____			
Bạn có đang hoặc sắp sử dụng thuốc alendronate (Fosamax) hay risendronate (Actonel) trị loãng xương hay bệnh Paget xương không?				Nếu có, bạn thường uống bao nhiêu mỗi tuần? _____			
Từ 2001, bạn có đã hay đang sử dụng thuốc chích biphosphonates (Aredia hay Zometa) cho đau xương, thiếu canxi hay biến chứng cột sống do bệnh Paget xương, đau tuỷ hay ung thư di căn không?							

Ngày bắt đầu trị liệu: _____	NỮ Bạn có:		
Thay khớp. Bạn có từng thay khớp hoàn toàn (hông, đầu gối, khuỷu tay, ngón tay) không? Ngày: _____ Nếu có, bạn có gặp biến chứng gì không?	Mang thai Nếu có, thời gian: _____ Sử dụng thuốc tránh thai hay thuốc thay thế hormone Cho con bú		
Dị ứng - Bạn có bị dị ứng, hay từng có phản ứng dị ứng với: Với tất cả những câu trả lời yes , xin ghi rõ phản ứng.			
Gây tê cục bộ Aspirin Penicillin hay những thuốc kháng sinh khác Thuốc an thần barbiturate, thuốc giảm đau, hay thuốc ngủ Thuốc sulfa Codeine hay thuốc mê khác	Kim loại Latex (nhựa) I-ốt Dị ứng mùa (Hay fever) Động vật Thực phẩm Khác		
YES NO KB	YES NO KB	YES NO KB	YES NO KB
Tiếng thổi của tim (heart murmur) Sa van hai lá Thay van tim Sốt thấp khớp	Thiếu máu Truyền máu Nếu có, ngày: _____ Bệnh ưa chảy máu AIDS hay HIV Viêm khớp Bệnh miễn dịch Thấp khớp Lupus ban đỏ hệ thống..... Suyễn Viêm phổi Trần khí phổi Bệnh xoang Bệnh lao Ung thư/ Hoá trị/ Xạ trị	Tiểu đường Loại I Loại II Bệnh ăn uống Suy dinh dưỡng Bệnh đường ruột... Trào ngược dạ dày Loét Bệnh tuyến giáp Tai biến mạch máu não Cườm mắt Viêm gan, bệnh vàng da hay bệnh gan Động kinh Lên cơn ngất/ co giật Bệnh thần kinh Nếu có, ghi rõ: _____ Bệnh tâm lý Nếu có, ghi rõ: _____	Nhiễm trùng tái phát..... Vị trí: _____ Bệnh thận..... Chảy mồ hôi trộm Loãng xương Phình tuyến sau cổ Đau đầu nặng Giảm cân nhiều đột ngột..... Bệnh tình dục Tiểu nhiều..... Xuất huyết bất thường Đau nhức mạn tính..... Bệnh về giấc ngủ..... Đau lồng ngực có sức ép Bệnh thấp tim
Bác sĩ gia đình hay nha sĩ trước đây có khuyên bạn uống kháng sinh trước khi làm răng không?			
Tên bác sĩ/ nha sĩ: _____		Số điện thoại: _____	
Bạn có những triệu chứng, bệnh hay vấn đề gì không nêu ở trên mà bạn nghĩ nha sĩ cần biết không? Xin ghi rõ: _____			
LƯU Ý: Cả Nha sĩ và bệnh nhân cần thảo luận tất cả và bất kỳ các vấn đề liên quan đến sức khoẻ bệnh nhân trước khi điều trị. Tôi chấp nhận rằng tôi đã đọc và hiểu điều trên và tất cả thông tin đưa ra trong đơn này là chính xác. Tôi hiểu sự quan trọng của một bệnh án chân thật và nha sĩ và nhân viên của văn phòng nha sĩ sẽ dựa vào thông tin này để điều trị cho tôi. Tôi chấp nhận rằng bất kì câu hỏi nào của tôi về những vấn đề ở trên đều đã được trả lời cặn kẽ. Tôi sẽ không truy cứu nha sĩ hay bất kì nhân viên nào của văn phòng nha sĩ vì bất kì hành vi nào họ làm hoặc không làm bởi vì những sai sót hay bỏ qua mà tôi đã làm khi điền đơn này. Chữ ký của Bệnh nhân/ Người giám hộ: _____ Ngày: _____			