

## دندان پزشکی □ فرم سابقه پزشکی بیمار

www.chcb.org

dentaltriage@chcb.org

دندان پزشکی: (802) 652-1056

617 خیابان ریورساید برلینگتون، VT 05401 فکس: (802) 652-1056

تاریخ

امروز: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_

نام بیمار: \_\_\_\_\_

نام یا نام مستعار ترجیحی: \_\_\_\_\_  
 لطفاً به این سؤال‌ها به بهترین وجهی که می‌توانید پاسخ دهید. ما می‌خواهیم نیازهای خاص شما را بدانیم تا بتوانیم بهترین مراقبت‌ها را به شما ارائه دهیم. لطفاً پاسخی که برای شما مناسب است را علامت بزنید، «بله»، «خیر»، «ن» (نمی‌دانم). پاسخ‌های شما محرمانه باقی خواهد ماند و فقط برای سوابق ما مورد استفاده قرار خواهد گرفت.  
 - - - فقط قلم سیاه یا آبی - - -

### پزشکی

بله خیر ند

آیا طی سال گذشته، یک تغییر عمده در سلامت شما

روی داده است؟..... □ □ □

اگر بله، لطفاً توضیح دهید: \_\_\_\_\_

آیا شما تحت مراقبت پزشک هستید یا مراقبت‌های پزشکی

مستمر را دریافت می‌کنید؟..... □ □ □

نام پزشک شما: \_\_\_\_\_

شماره تلفن پزشک: \_\_\_\_\_

تاریخ آخرین ویزیت پزشکی شما: \_\_\_\_\_

آیا باردار هستید؟..... □ □ □

اگر بله، تاریخ وضع حمل: \_\_\_\_\_

آیا به فرزند خود شیر می‌دهید؟..... □ □ □

آیا دارای مفاصل مصنوعی، دریچه‌های قلب، ایمپلنت،

یا پروتز هستید؟..... □ □ □

آیا تا به حال به شما گفته شده که قبل از دریافت درمان دندان پزشکی

به پیش‌درمان نیاز دارید؟..... □ □ □

آیا تا به حال تحت عمل جراحی، درمان با اشعه ایکس، و یا شیمی‌درمانی برای

تومور، غده، یا سایر بیماری‌ها قرار گرفته‌اید؟..... □ □ □

اگر بله، لطفاً توضیح دهید: \_\_\_\_\_

### دندان پزشکی

بله خیر ند

آیا در این زمان ناراحتی دندانی دارید؟..... □ □ □

اگر بله، لطفاً توضیح دهید: \_\_\_\_\_

آیا تا به حال در خصوص نیازهای دندان پزشکی قبلی با مشکل جدی مواجه شده‌اید؟..... □ □ □

اگر بله، لطفاً توضیح دهید: \_\_\_\_\_

آیا نیازهای دندان پزشکی شما را عصبی می‌کنند؟..... □ □ □

آیا تا به حال دچار خونریزی غیر طبیعی مرتبط با

کشیدن دندان‌ها، جراحی، یا تروما شده‌اید؟..... □ □ □

اگر بله، لطفاً توضیح دهید: \_\_\_\_\_

تاریخ آخرین ملاقات با دندان‌پزشک: \_\_\_\_\_

هر چند وقت یکبار دندان‌هایتان را مسواک می‌کنید؟..... □ □ □

هر چند وقت یکبار از نخ دندان استفاده می‌کنید؟..... □ □ □

سایر:

لطفاً پاسخی که برای شما مناسب است را علامت بزنید، «بله»، «خیر»، «ن» (نمی‌دانم):

بله خیر ند

آیا دخانیات مصرف می‌کنید؟..... □ □ □ چه چیزی؟ چه مقدار؟

آیا الکل مصرف می‌کنید؟..... □ □ □ چه چیزی؟ چه مقدار؟

آیا سابقه فعلی/گذشته

سو مصرف مواد دارید؟..... □ □ □ اگر بله، لطفاً توضیح دهید: \_\_\_\_\_

### داروها

بله خیر ند

□ □ □

آیا داروهای با نسخه پزشک یا بدون نسخه پزشک را مصرف می‌کنید؟

لطفاً نام تمام داروهایی که مصرف می‌کنید را ذکر کنید (لطفاً هم نام داروهای با نسخه پزشک و هم نام داروهای بدون نسخه پزشک را بنویسید):

دارو: میزان مصرف: هر چند وقت یکبار مصرف می‌شود: دلیل مصرف دارو:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

بله خیر ند

□ □ □

### آلرژی‌ها

آیا نسبت به چیزی آلرژی دارید؟

لطفاً نام همه آلرژی‌ها و واکنش‌ها را بنویسید:

آلرژی نسبت به: واکنش:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

## اطلاعات پزشکی:

لطفاً پاسخی که برای شما مناسب است را علامت بزنید، «بله»، «خیر»، «ند» (نمی‌دانم).

## مشکلات عصبی

بله خیر ند

صرع/تشنج .....

سردردهای مزمن .....

سابقه آسیب‌دیدگی سر .....

بی‌حسی بازوها،  
ساق پاها، دست‌ها یا پاها .....

سابقه سکته مغزی .....

اگر بله، زمان حملات غش .....

توضیحات: \_\_\_\_\_

## مشکلات خونی

بله خیر ند

مشکلات خونریزی .....

کم‌خونی .....

هموفیلی .....

آیا داروهای رقیق‌کننده خون مصرف می‌کنید؟

اگر بله، سطح INR اخیر .....

توضیحات: \_\_\_\_\_

## سایر

بله خیر ند

خشونت خانگی .....

اختلالات سیستم ایمنی بدن .....

بیماری مقاربتی .....

ایدز/HIV .....

کلیه یا مثانه  
مشکلات .....

تکرر ادرار  
عفونت‌های دستگاهی .....

توضیحات: \_\_\_\_\_

آیا شما هیچ گونه بیماری، مرض، یا مشکل دیگری دارید  
که در اینجا ذکر نشده باشد؟

اگر بله، لطفاً توضیح دهید \_\_\_\_\_

## مشکلات قلبی و گردش خون

بله خیر ند

حمله قلبی .....

اگر بله، زمان .....

فشار خون .....

درد قفسه سینه (آنژین) .....

سوفل قلب .....

دریچه‌های مصنوعی .....

دیگر مشکلات قلبی .....

توضیحات: \_\_\_\_\_

## مشکلات معده

بله خیر ند

دل‌درد .....

سوزش سر دل .....

سابقه زخم‌های گوارشی .....

التهاب روده بزرگ .....

توضیحات: \_\_\_\_\_

## مشکلات سلامت روان

بله خیر ند

افسردگی .....

اضطراب .....

سابقه مصرف داروهای  
روان‌پزشکی .....

توضیحات: \_\_\_\_\_

## مشکلات عضلانی و استخوانی

بله خیر ند

درد مفاصل/کمر .....

سابقه شکستگی استخوان .....

تورم مفصل .....

آرتروز .....

توضیحات: \_\_\_\_\_

## بیماری‌های کبدی

بله خیر ند

هیپاتیت B، یا C .....

سیروز کبدی .....

سایر بیماری‌های کبدی .....

یرقان .....

توضیحات: \_\_\_\_\_

## مشکلات پوستی

بله خیر ند

کهپیر .....

تغییرات خال .....

توضیحات: \_\_\_\_\_

من درک می‌کنم که، تا جایی که می‌دانم، همه پاسخ‌های فوق درست و دقیق است. اگر تا به حال هر گونه تغییری در سلامت یا داروهای من روی داده باشد، من فوراً به ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی خود اطلاع خواهم داد. اینجانب بدین‌وسیله رضایت خود را جهت درمان برای خودم، و یا بیمار فوق‌الذکر (که من پدر و مادر، سرپرست قانونی، و یا پدرخوانده و مادرخوانده وی هستم) به مراکز بهداشت جامع برلینگتون اعلام می‌کنم.

ما وقت را فقط برای شما رزرو کرده‌ایم. اگر مجبور باشید تأخیر کنید یا وقت ملاقات را تغییر دهید، لطفاً در اسرع وقت با ما تماس بگیرید. دیر رسیدن ممکن است مستلزم آن باشد که ارائه‌دهنده مراقبت‌های شما ویزیت شما را به وقت دیگری موکول کند تا فرصت کافی برای مراقبت‌های شما داشته باشد. در صورت از دست دادن وقت ملاقات، باید صبر کنید تا مجدداً جای خالی پیدا شود. اگر سه قرار ملاقات را از دست بدهید، ممکن است تنها قادر به رزرو وقت ملاقات در همان روز باشید. از طریق تماس به موقع با ما جهت اعلام اینکه نمی‌توانید در وقت ملاقات تعیین شده حضور یابید، به ما کمک می‌کنید که سایر بیمارانی که در فهرست انتظار برای وقت ملاقات هستند را ویزیت کنیم. این مقررات سختگیرانه هستند تا ما بتوانیم به همه افراد نیازمند مراقبت خدمت کنیم.

امضای والد یا سرپرست

ویراست دسامبر 2020 CRD

تاریخ

امضای مسئول بهداشت

نامربوط 

امضای دندانپزشک

نظارت 

تاریخ

درمان