Chino Valley Oral Surgery

12860 10th St Ste A, Chino, CA 91710
(909) 591-0241 · Fax (909) 591-1691

病历记录所需信息

这份完整的保密记录对我们的档案和您的健康都很重要

您以前是否在本诊所就诊过? ☐ 是 ☐ 否　　大约日期 _____

患者 _____　昵称 _____　日期 _____

居住地址 _____

电话 _____　城市 _____　邮政编码 _____

请圈选一项:　小姐　夫人　女士　先生　博士 / 医生　牧师

未婚　已婚　分居　离异　丧偶

电子邮件 _____　常用药房 _____

出生日期 _____　年龄 _____　社会安全号码 _____　驾照号码 _____

职业 _____　雇主 _____

工作单位地址 _____　城市 _____　电话 _____

白天可以联系到您的电话号码 _____

如果患者已婚，请填写此部分

配偶姓名 _____　配偶职业 _____　社会安全号码 _____

配偶雇主 _____　电话 _____

地址 _____　城市 _____

如果患者是未婚未成年人（21 岁以下），请填写此部分

父母或监护人姓名 _____　驾照号码 _____

负责付款的人 _____　社会安全号码 _____

职业 _____　雇主 _____

地址 _____　城市 _____　电话 _____

不与您同住的最近联系人姓名 _____　关系 _____

地址 _____　电话 _____

所有患者

医生 _____ M.D.　城市 _____　电话 _____

牙医 _____ D.D.S.　城市 _____　电话 _____

正畸医生 _____ D.D.S.　城市 _____　电话 _____

请用正楷填写介绍您来本诊所的人或医生的姓名

姓名 _____　地址 _____

保险信息:

医疗保险	主要牙科保险	次要牙科保险
姓名	姓名	姓名
地址	地址	地址
保单持有人姓名	保单持有人姓名	保单持有人姓名
保单持有人出生日期	保单持有人出生日期	保单持有人出生日期
保单持有人社会安全号码	保单持有人社会安全号码	保单持有人社会安全号码

请翻到背面，填写健康史记录

Chino Valley Oral Surgery

12860 10th St Ste A, Chino, CA 91710
(909) 591-0241 · Fax (909) 591-1691

健康史

请在"是"或"否"一栏打勾，回答每个问题

☐ 是 ☐ 否 **1.** 您目前身体状况良好吗?

a. 如果不是，您有哪些疾病或健康问题? _____

2. 我最近一次体检的日期是 _____

3. 您做过哪些手术? _____

4. 您现在是否患有或曾经患有下列严重疾病或状况? （请圈选）

是	否		是	否	
☐	☐	肝炎	☐	☐	高血压
☐	☐	风湿热	☐	☐	中风
☐	☐	心脏杂音	☐	☐	糖尿病
☐	☐	肾脏疾病	☐	☐	HIV 阳性
☐	☐	癫痫	☐	☐	甲状腺疾病
☐	☐	心脏病	☐	☐	肺部疾病、哮喘

5. 对于以上回答"是"的项目，请详细说明: _____

6. 请列出您经常服用或使用的药物: _____

7. 请列出您对哪些药物或材料过敏（例如青霉素、四环素、阿司匹林、乳胶）: _____

☐ 是 ☐ 否 **8.** 您是否曾因头部或颈部的肿瘤或增生物接受过放射治疗或化疗?

☐ 是 ☐ 否 **9.** 您是否患有任何传染病（HIV、肝炎等）或相关病症? 如果有，请说明 _____

☐ 是 ☐ 否 **10.** 您现在是否有或曾经有过任何心脏问题? （心脏病发作、心力衰竭、冠状动脉供血不足、冠状动脉阻塞等）

☐ 是 ☐ 否 **11.** 您在用力活动时是否会胸痛（心绞痛）?

☐ 是 ☐ 否 **12.** 稍微用力活动您就会气短吗?

☐ 是 ☐ 否 **13.** 您的脚踝是否曾经肿胀?

☐ 是 ☐ 否 **14.** 您是否有出血性疾病?

☐ 是 ☐ 否 **15.** 医生是否曾说您患有肝病、黄疸或肝炎?

☐ 是 ☐ 否 **16.** 您是否曾接受过精神科治疗?

☐ 是 ☐ 否 **17.** 您吸烟吗? 如果回答"是"，每天抽几包? ____ 已抽多久? ____ 年

☐ 是 ☐ 否 **18.** 您现在是否有感冒、咳嗽，或胸闷、胸腔有痰?

☐ 是 ☐ 否 **19.** 您是否经常咳嗽?

☐ 是 ☐ 否 **20.** 您是否患有肺部疾病（肺结核、肺气肿）?

☐ 是 ☐ 否 **21.** 您是否曾服用过 Phen-Fen、Redux 或其他减肥药?

☐ 是 ☐ 否 **22.** 您是否有上面未列出、但您认为我们应当知道的疾病、病症或问题?

_____

☐ 是 ☐ 否 **23.** 您佩戴隐形眼镜吗?

☐ 是 ☐ 否 **24.** 您是否经常饮酒或使用可卡因、大麻?

☐ 是 ☐ 否 **25.** 女性患者: 您目前是否怀孕?

我确认以上健康史信息真实无误。我理解，如果考虑使用麻醉，准确的病史尤为重要。

签名 _____ 日期 _____

医生签名 _____ 日期 _____