

# MEDICAL HISTORY

Name: \_\_\_\_\_ Last: \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_

Although dental personnel primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is part of your entire body. Health problems that you may have, or medication that you may be taking, could have an important interrelationship with the dentistry you might receive. Thank you for answering the following questions.

- Are you under a physician's care? Yes No If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Have you ever been hospitalized or had a major operation? Yes No If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Have you ever had serious head or neck injury? Yes No If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Are you taking any medications, pills or drugs? Yes No If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Do you have, or have you taken, Fosamax or Bisphosphonate? Yes No \_\_\_\_\_
- Are you on a special diet? Yes No \_\_\_\_\_
- Do you use Tabaco? Yes No
- Do use controlled substances? Yes No
- Do you snore? Yes No
- Do you like your smile? Yes No

Women: Are you...  
 Pregnant or trying to get pregnant?  
 Nursing?  
 Taking Oral Contraception?

Are you allergic to any of the following?  
 Aspirin  Penicillin  Codeine  Acrylic  Metal  Latex  Local Anesthetic  
 Other If yes, please; explain: \_\_\_\_\_

Do you have, or have had, any of the following?

1) AIDS/ HIV	16) Chest Pains	31) Frequent Headaches	46) Irregular Heartbeat	61) Scarlet Fever
2) Alzheimer's Disease	17) Cold Sores/ Fever Blisters	32) Genital Herpes	47) Kidney Problems	62) Shingles
3) Anaphylaxis	18) Congenital Heart Disolver	33) Glaucoma	48) Leukemia	63) Sickle Cell Disease
4) Anemia	19) Convulsiones	34) Hay Fever	49) Liver Disease	64) Sinus Trouble
5) Angina	20) Cortisona Medicine	35) Heart Attack/ Failure	50) Low Blood Pressure	65) Spinal Bifida
6) Arthritis	21) Diabetes	36) Heart Murmur	51) Lung Disease	66) Stomach/ Intestinal Disease
7) Artificial Heart Value	22) Drug Addiction	37) Heart Pace Maker	52) Mitral Valve Prolapse	67) Stroke
8) Artificial Joint	23) Easily Winded	38) Heart Trouble/ Disease	53) Pain in Jaw Joints	68) Swelling of Limbs
9) Asthma	24) Emphysema	39) Hemophilia	54) Parathyroid Disease	69) Thyroid Disease
10) Blood Disease	25) Epilepsy or Seizures	40) Hepatitis A	55) Psychiatric Care	70) Tonsillitis
11) Blood Transfusion	26) Excessive Bleeding	41) Hepatitis B or C	56) Radiation Treatments	71) Tuberculosis
12) Breathing Problems	27) Excessive Thirst	42) Herpes	57) Recent Weight Loss	72) Tumors or Growths
13) Bruise Easily	28) Fainting Spells/ Dizziness	43) High Blood Pressure	58) Renal Dialysis	73) Ulcers
14) Cancer	29) Frequent Cough	44) Hives or Rash	59) Rheumatic Fever	74) Venereal Disease
15) O Chemotherapy	30) O Frequent Diarrhea	45) O Hypoglycemia	60) O Rheumatism	75) O Yellow Jaundice

Have you ever had any serious illness not listed above?  Yes or  No

If Yes, please explain: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my (or my patient's) health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes in medical status.

Signature Patient, Parent or Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## سابقه پزشکی

نام بیمار: ----- نام خانوادگی ----- تاریخ تولد: -----

گرچه پرسنل دندانپزشکی نواحی داخل و اطراف دهان شما را درمان می کنند اما دهان شما بخشی از کل بدنتان است. مشکلات بیماری که ممکن است داشته باشید یا داروهایی که ممکن است مصرف کنید می تواند ارتباط مهمی با خدمات دندانپزشکی که دریافت خواهید کرد داشته باشند. از پاسخگویی شما به سؤالات زیر سپاسگزاریم.

- آیا در حال حاضر تحت نظر پزشک هستید؟  بله  خیر اگر پاسخ مثبت است توضیح دهید \_\_\_\_\_
- آیا تاکنون در بیمارستان بستری بوده اید یا تحت عمل جراحی مهمی بوده اید؟  بله  خیر اگر پاسخ مثبت است توضیح دهید \_\_\_\_\_
- آیا تا به حال سابقه صدمه جدی به سر یا گردن داشته اید؟  بله  خیر اگر پاسخ مثبت است توضیح دهید \_\_\_\_\_
- آیا دارو یا قرص مصرف می کنید؟  بله  خیر اگر پاسخ مثبت است توضیح دهید \_\_\_\_\_
- آیا داروی Fosamax یا Bisphosphonate مصرف می کنید یا مصرف کرده اید؟  بله  خیر \_\_\_\_\_
- آیا رژیم خاصی دارید؟  بله  خیر \_\_\_\_\_
- آیا تنباکو مصرف می کنید؟  بله  خیر \_\_\_\_\_
- آیا مواد کنترل شده مصرف می کنید؟  بله  خیر \_\_\_\_\_
- آیا خر و پف می کنید؟  بله  خیر \_\_\_\_\_
- آیا لبخند خود را دوست دارید؟  بله  خیر \_\_\_\_\_

در مورد بانوان:

- آیا بارداری یا قصد دارید باردار شوید؟
- آیا به فرزند خود شیر می دهید؟
- آیا قرص ضد بارداری مصرف می کنید؟

آیا به هر یک از مواد زیر حساسیت دارید؟

- آسپرین  پنی سیلین  کدئین  آکرلیک  فلز  لاتکس  داروهای بیهوشی موضعی
- سایر موارد، لطفاً توضیح دهید \_\_\_\_\_

آیا مبتلا به بیماری زیر هستید یا بوده اید؟

1) ایدز	16) درد قفسه سینه	31) سردرد های مکرر	46) ضریان نامنظم قلب	61) تب اسکارلت (مخملک)
2) بیماری آلزایمر	17) زخم های سرد / تبخال	32) تبخال دستگاه تناسلی	47) مشکلات کلیه	62) زونا
3) آنافیلاکسی	18) بیماری قلبی مادرزادی	33) آب مروارید	48) لوسمی (سرطان خون)	63) کم خونی داسی شکل
4) کم خونی	19) تشنج	34) تب یونجه ( سرخ)	49) بیماری های کبد	64) مشکل سینوس
5) آنژین	20) درمان با داروی کورتیزون	35) حمله/ نارسایی قلبی	50) فشار خون پایین	65) شکاف مهره
6) آرتروز	21) دیابت	36) صدای غیر عادی قلب	51) بیماری های ریوی	66) بیماریهای روده ای/ معده
7) دارای دریچه قلب مصنوعی	22) اعتیاد به مواد مخدر	37) دارای پیس میکر قلب	52) پرولاپس دریچه میترال	67) سکنه مغزی
8) مفصل مصنوعی	23) خستگی زودرس	38) مشکل / بیماری قلبی	53) درد مفاصل فک	68) تورم دست و پا
9) آسم	24) آمفیژم	39) هموفیلی	54) بیماریهای پاراتیروئید	69) بیماری های تیروئید
10) بیماری های خونی	25) صرع یا حمله	40) هپاتیت A	55) تحت درمان روانپزشکی	70) التهاب لوزه ها
11) سابقه انتقال خون	26) خونریزی بیش از حد	41) C یا B هپاتیت	56) تحت درمان رادیو تراپی	71) سل
12) مشکلات تنفسی	27) عطش بیش از حد	42) تبخال	57) اخیراً وزن کم کرده اید	72) تومور یا غده
13) کبودی سریع	28) حملات غش / سرگیجه	43) فشار خون بالا	58) تحت دیالیز کلیوی	73) زخم
14) سرطان	29) سرفه های مکرر	44) کهیر یا خارش	59) تب روماتیسمی	74) بیماری های مقاربتی
15) تحت شیمی درمانی	30) اسهال مکرر	45) هیپوگلیسمی (افت قند خون)	60) روماتیسم	75) یرقان

آیا تا به حال به بیماری جدی که در بالا نوشته نشده مبتلا بوده اید؟  بله  خیر

اگر پاسخ مثبت است توضیح دهید \_\_\_\_\_

توضیحات: \_\_\_\_\_

با اطلاع کامل اینجانب به سؤالات نوشته شده در این فرم پاسخ صحیح داده شده است. اینجانب از این موضوع آگاهی دارم که ارائه اطلاعات نادرست می تواند برای سلامتی من (بیمار من) خطرناک باشد. اینجانب متعهدم هرگونه تغییر در وضعیت پزشکی خود را به اطلاع مطب دندانپزشکی برسانم.

امضاء بیمار، والدین یا سرپرست وی: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_