

환자 이름: _____ 환자 ID 번호: _____
생년월일: _____

I. 해당되는 답변에 ○표를 하십시오(질문을 이해할 수 없으면 공란으로 남겨 두십시오):

- 1. 예 아니오 전반적으로 건강이 좋은 편입니까?
- 2. 예 아니오 최근 1년 사이에 건강에 변화가 생긴 적이 있습니까?
- 3. 예 아니오 지난 3년 간 입원을 했거나 중병에 걸린 적이 있습니까?
"예"인 경우, 그 이유는? _____
- 4. 예 아니오 현재 의사의 치료를 받고 있습니까? 그 이유는? _____
마지막으로 건강 검사를 받은 날짜 _____ 마지막으로 치과 검사를 받은 날짜 _____
- 5. 예 아니오 전에 받은 치과 치료에 문제가 있었습니까?
- 6. 예 아니오 현재 통증이 있습니까?

II. 다음과 같은 증상을 경험한 적이 있습니까?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| 7. 예 아니오 가슴 통증 (협심증) | 18. 예 아니오 험기증 |
| 8. 예 아니오 발목의 부종 | 19. 예 아니오 이명, 귀가 울리는 현상 |
| 9. 예 아니오 호흡 곤란 | 20. 예 아니오 두통 |
| 10. 예 아니오 최근의 체중 감소, 발열, 야간 발한 | 21. 예 아니오 기절 발작 |
| 11. 예 아니오 지속적인 기침, 피가 섞인 기침 | 22. 예 아니오 시야가 흐림 |
| 12. 예 아니오 출혈 문제, 쉽게 멍이 듦 | 23. 예 아니오 간질 발작 |
| 13. 예 아니오 부비강염, 비염 | 24. 예 아니오 과도한 갈증 |
| 14. 예 아니오 삼키기가 어려움 | 25. 예 아니오 잦은 소변 |
| 15. 예 아니오 설사, 변비, 혈변 | 26. 예 아니오 입 마름 |
| 16. 예 아니오 잦은 구토 및 구역질 | 27. 예 아니오 황달 |
| 17. 예 아니오 소변 보기가 어려움/ 피 섞인 소변 | 28. 예 아니오 관절 통증, 경직 |

III. 다음과 같은 질환이 있거나 과거에 있던 적이 있습니까?

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 29. 예 아니오 심장병 | 40. 예 아니오 AIDS(후천성 면역 결핍 증후군) |
| 30. 예 아니오 심장 마비, 심장 결손증 | 41. 예 아니오 종양, 암 |
| 31. 예 아니오 심장 판막증 | 42. 예 아니오 관절염, 류마티스성 관절염 |
| 32. 예 아니오 류마티스 열 | 43. 예 아니오 눈 질환 |
| 33. 예 아니오 뇌졸중, 동맥 경화증 | 44. 예 아니오 피부 질환 |
| 34. 예 아니오 고혈압 | 45. 예 아니오 빈혈 |
| 35. 예 아니오 천식, 폐결핵, 폐기종, 다른 폐 질환 | 46. 예 아니오 성병(매독 또는 임질) |
| 36. 예 아니오 간염, 기타 간 질환 | 47. 예 아니오 음부 포진 |
| 37. 예 아니오 위장 장애, 위궤양 | 48. 예 아니오 신장 및 방광 질환 |
| 38. 예 아니오 알레르기: 약물, 음식, 부약, 라텍스 | 49. 예 아니오 갑상선, 부신 질환 |
| 39. 예 아니오 당뇨병, 심장 장애, 종양의 가족 병력 | 50. 예 아니오 당뇨병 |

IV. 다음과 같은 치료(기구 포함)를 받고 있거나 받은 적이 있습니까?

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 51. 예 아니오 정신과 치료 | 56. 예 아니오 입원 |
| 52. 예 아니오 방사선 치료 | 57. 예 아니오 수혈 |
| 53. 예 아니오 화학 요법 | 58. 예 아니오 수술 |
| 54. 예 아니오 인공 판막 | 59. 예 아니오 심장 박동 조절기 |
| 55. 예 아니오 인공 관절 | 60. 예 아니오 콘택트 렌즈 |

V. 다음과 같은 것들을 복용 또는 섭취하고 있습니까?

- | | |
|---|---------------------------|
| 61. 예 아니오 기분 전환용 약물 | 63. 예 아니오 모든 종류의 담배 |
| 62. 예 아니오 약물, 비처방약(아스피린 포함), 자연 치료제 | 64. 예 아니오 술 |
- 이름을 적으십시오: _____

VI. 여성에게만 해당:

- | | |
|---|-------------------------------|
| 65. 예 아니오 임신했거나 모유를 먹이고 있거나, 또는 앞으로 임신하거나 모유를 먹일 가능성이 있습니까? | 66. 예 아니오 피임약을 복용 중입니까? |
|---|-------------------------------|

VII. 모든 환자:

67. 예 아니오 이 양식에 기재하지 않은 다른 질환 또는 의료적인 문제가 있거나 과거에 있었던 적이 있습니까?
만약 있으면 다음에 설명하십시오: _____

본인은 본인이 아는 한 모든 질문에 완전하고 정확하게 답변했습니다. 본인은 본인의 건강 및/또는 약 복용에 변동 사항이 발생하면 이를 본인의 치과의사에게 통지할 것입니다.

환자 서명: _____ 날짜: _____

병력 재확인:

- 1. 환자 서명 _____ 날짜: _____
- 2. 환자 서명 _____ 날짜: _____
- 3. 환자 서명 _____ 날짜: _____