

ชื่อคนไข้ : \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวคนไข้ : \_\_\_\_\_  
วันเดือนปีเกิด : \_\_\_\_\_

**I. กรุณาเขียนวงกลมล้อมรอบคำตอบที่เหมาะสม (หากท่านไม่เข้าใจคำถาม กรุณาปล่อยคำตอบว่างไว้) :**

1. ใช่ ไม่ใช่ สุขภาพโดยทั่วไปของท่านดีหรือไม่ ?
2. ใช่ ไม่ใช่ สุขภาพของท่านเปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อปีที่แล้วหรือไม่ ?
3. ใช่ ไม่ใช่ ท่านเคยเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล หรือเคยเจ็บป่วยขั้นร้ายแรงในช่วงสามปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?  
หากตอบว่า ใช่ เพราะเหตุใด ? \_\_\_\_\_
4. ใช่ ไม่ใช่ ขณะนี้ ท่านได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์หรือไม่ ? เพื่ออะไร ? \_\_\_\_\_  
วันที่ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้รับการตรวจรักษาทางการแพทย์ \_\_\_\_\_ วันที่ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้รับการตรวจฟัน \_\_\_\_\_
5. ใช่ ไม่ใช่ ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับการตรวจรักษาฟันมาก่อนหรือไม่ ?
6. ใช่ ไม่ใช่ ขณะนี้ ท่านปวดฟันหรือไม่ ?

**II. ท่านเคยมีประสบการณ์จากด้านล่างนี้หรือไม่ ? :**

- |   |  |
|---|--|
| 7. ใช่ ไม่ใช่ เจ็บหน้าอก (ปวดรุนแรง)                            | 18. ใช่ ไม่ใช่ วิงเวียนศีรษะ           |
| 8. ใช่ ไม่ใช่ ข้อเท้าบวม  | 19. ใช่ ไม่ใช่ หูอื้อ                  |
| 9. ใช่ ไม่ใช่ การหายใจติดขัด                                    | 20. ใช่ ไม่ใช่ ปวดศีรษะ                |
| 10. ใช่ ไม่ใช่ น้ำหนักลด เป็นไข้ เหนืออกระหว่างหลับ             | 21. ใช่ ไม่ใช่ หน้ามืด                 |
| 11. ใช่ ไม่ใช่ ไออย่างต่อเนื่อง ไอบนเลือด                       | 22. ใช่ ไม่ใช่ คามิว                   |
| 12. ใช่ ไม่ใช่ ปัญหาโลหิตออก ฟกช้ำได้ง่าย                       | 23. ใช่ ไม่ใช่ เป็นลม                  |
| 13. ใช่ ไม่ใช่ ปัญหาเรื่องไชนัส                                 | 24. ใช่ ไม่ใช่ กระหายน้ำมาก            |
| 14. ใช่ ไม่ใช่ กลืนอาหารได้ยาก                                  | 25. ใช่ ไม่ใช่ บัสสาวะบ่อย             |
| 15. ใช่ ไม่ใช่ ท้องร่วง ท้องผูก ถ่ายเป็นเลือด                   | 26. ใช่ ไม่ใช่ ปากแห้ง                 |
| 16. ใช่ ไม่ใช่ อาเจียนบ่อยๆ คลื่นไส้                            | 27. ใช่ ไม่ใช่ โรคไตชาน                |
| 17. ใช่ ไม่ใช่ มีความยุ่งยากในการถ่ายบัสสาวะ มีเลือดปนในบัสสาวะ | 28. ใช่ ไม่ใช่ ปวดตามข้อ อาการผิดเคือง |

**III. ท่านมีหรือเคยมีโรคหรืออาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ? :**

- |   |  |
|---|--|
| 29. ใช่ ไม่ใช่ โรคหัวใจ   | 40. ใช่ ไม่ใช่ โรคเอดส์                                  |
| 30. ใช่ ไม่ใช่ หัวใจวาย หัวใจพิการ  | 41. ใช่ ไม่ใช่ เนื้องอก มะเร็ง                           |
| 31. ใช่ ไม่ใช่ เสียงแผ่วจากการไหลของโลหิตผ่านหัวใจ (Heart murmurs)  | 42. ใช่ ไม่ใช่ โรคข้ออักเสบ โรครูมาติก                   |
| 32. ใช่ ไม่ใช่ ไข้รูมาติก หรือไข้ปวดตามข้อ  | 43. ใช่ ไม่ใช่ โรคตา                                     |
| 33. ใช่ ไม่ใช่ โรคลมปัจจุบัน เส้นโลหิตแดงแข็ง   | 44. ใช่ ไม่ใช่ โรคผิวหนัง                                |
| 34. ใช่ ไม่ใช่ ความดันโลหิตสูง  | 45. ใช่ ไม่ใช่ ภาวะโลหิตจาง                              |
| 35. ใช่ ไม่ใช่ โรคหืด วัณโรค ภาวะการพองลมในเนื้อเยื่อหรือถุงลมผิดปกติ โรคปอดอื่นๆ                             | 46. ใช่ ไม่ใช่ VD (กามโรค) (เช่น ซิฟิลิส หรือ โกลโนเรีย) |
| 36. ใช่ ไม่ใช่ ดับอักเสบ โรคตับอื่นๆ  | 47. ใช่ ไม่ใช่ โรคผิวหนังพุพอง                           |
| 37. ใช่ ไม่ใช่ ปัญหาเรื่องท้อง แผลเปื่อย  | 48. ใช่ ไม่ใช่ ไต โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ                |
| 38. ใช่ ไม่ใช่ โรคภูมิแพ้ ที่เกิดจาก ยาจากใบสั่งยาของแพทย์ อาหาร ยาที่ซื้อได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยา ยางลาเท็กซ์ | 49. ใช่ ไม่ใช่ ไทรอยด์ โรคต่อมหมวกไต                     |
| 39. ใช่ ไม่ใช่ สมาชิกในครอบครัวมีประวัติว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ เบื้องอก                                   | 50. ใช่ ไม่ใช่ โรคเบาหวาน                                |

**IV. ท่านรับหรือเคยได้รับการบริการตามหัวข้อด้านล่างนี้หรือไม่ ? :**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 51. ใช่ ไม่ใช่ การดูแลรักษาโรคจิต                | 56. ใช่ ไม่ใช่ การรักษาตัวในโรงพยาบาล |
| 52. ใช่ ไม่ใช่ การบำบัดด้วยการฉีกกัมมันตภาพรังสี | 57. ใช่ ไม่ใช่ การถ่ายเลือด           |
| 53. ใช่ ไม่ใช่ การบำบัดด้วยสารเคมี               | 58. ใช่ ไม่ใช่ การตัดยกรวม            |
| 54. ใช่ ไม่ใช่ สันปิดเปิดหัวใจเทียม              | 59. ใช่ ไม่ใช่ เพชเมคเกอร์            |
| 55. ใช่ ไม่ใช่ ข้อต่อเทียม                       | 60. ใช่ ไม่ใช่ คอนแทก เล็นซ์          |

**V. ท่านรับประทานหรือใช้สิ่งต่อไปนี้หรือไม่ ? :**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| 61. ใช่ ไม่ใช่ ยาเสพติด  | 63. ใช่ ไม่ใช่ ยาสูบ ในทุกรูปแบบ |
| 62. ใช่ ไม่ใช่ ยา ยาที่ใช้บำบัดโรค ยาที่ซื้อได้โดยไม่ต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์ (รวมทั้ง แอสไพริน) ยาสมุนไพร<br>กรุณาระบุชื่อ : _____ | 64. ใช่ ไม่ใช่ แอลกอฮอล์         |

**VI. สำหรับคนไข้หญิงเท่านั้น :**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 65. ใช่ ไม่ใช่ ท่านตั้งครรภ์ หรือสามารถตั้งครรภ์ หรือกำลังให้นมบุตรของท่าน | 66. ใช่ ไม่ใช่ รับประทานยาคุมกำเนิด |
|--|-------------------------------------|

**VII. สำหรับคนไข้ทุกท่าน :**

67. ใช่ ไม่ใช่ ท่านมี หรือเคยมีโรคอื่น หรือมีปัญหาทางการแพทย์ที่ ไม่ได้ ระบุชื่ออยู่ในแบบฟอร์มนี้หรือไม่ ?  
หากมี กรุณาอธิบาย : \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าได้ตอบคำถามทุกอย่างอย่างครบถ้วนและถูกต้องตามความรู้ความสามารถของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพและ/หรืออายุเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ทันตแพทย์ของข้าพเจ้าได้ทราบ

ลายเซ็นคนไข้ : \_\_\_\_\_ วันที่ : \_\_\_\_\_

**ตรวจสอบความจำ :**

1. ลายเซ็นคนไข้ : \_\_\_\_\_ วันที่ : \_\_\_\_\_
2. ลายเซ็นคนไข้ : \_\_\_\_\_ วันที่ : \_\_\_\_\_
3. ลายเซ็นคนไข้ : \_\_\_\_\_ วันที่ : \_\_\_\_\_