

ชื่อคนไข้ : _____ เลขประจำตัวคนไข้ : _____

วันเดือนปีเกิด : _____

I. กรุณาเขียนวงกลมล้อมรอบคำตอบที่เหมาะสม (หากท่านไม่เข้าใจคำถามกรุณาปล่อยคำตอบว่างไว้) :

1. ใช่ ไม่ใช่ สุขภาพโดยทั่วไปของท่านดีหรือไม่ ?
2. ใช่ ไม่ใช่ สุขภาพของท่านเปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อปีที่แล้วหรือไม่ ?
3. ใช่ ไม่ใช่ ท่านเคยเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล หรือเคยเจ็บป่วยขั้นร้ายแรงในช่วงสามปีที่ผ่านมากหรือไม่ ? หากตอบว่า ใช่ เพราะเหตุใด ? _____
4. ใช่ ไม่ใช่ ขณะนี้ ท่านได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์หรือไม่ ? เพื่ออะไร ? _____ วันที่หลังสุดที่ท่านได้รับการตรวจรักษาทางการแพทย์ _____ วันที่หลังสุดที่ท่านได้รับการตรวจฟัน _____
5. ใช่ ไม่ใช่ ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับการตรวจรักษาฟันมาก่อนหรือไม่ ?
6. ใช่ ไม่ใช่ ขณะนี้ ท่านปวดฟันหรือไม่ ?

II. ท่านเคยมีประสบการณ์จากด้านล่างนี้หรือไม่ ? :

- | | | | |
|--|--|--|------------------------|
| 7. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | เจ็บหน้าอก (ปวดรุนแรง) | 18. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | วิงเวียนศีรษะ |
| 8. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ข้อเท้าบวม | 19. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | หูอื้อ |
| 9. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | การหายใจติดขัด | 20. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ปวดศีรษะ |
| 10. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | น้ำหนักลด เป็นไข้ เหนื่อยอกระหว่างหลับ | 21. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | หน้ามืด |
| 11. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ไออย่างต่อเนื่อง ใตเป็นเลือด | 22. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ตามัว |
| 12. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ปัญหาโลหิตออก ฟกช้ำได้ง่าย | 23. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | เป็นลม |
| 13. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ปัญหาเรื่องไรต์ส | 24. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | กระหายน้ำมาก |
| 14. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | กลืนอาหารได้ยาก | 25. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | บัสสาวะบ่อย |
| 15. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ท้องร่วง ท้องผูก ถ่ายเป็นเลือด | 26. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ปากแห้ง |
| 16. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | อาเจียนบ่อยๆ คลื่นไส้ | 27. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | โรคผิวหนัง |
| 17. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | มีความยุ่งยากในการถ่ายบัสสาวะ มีเลือดปนในบัสสาวะ | 28. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ปวดตามข้อ อาการผิดปกติ |

III. ท่านมีหรือเคยมีโรคหรืออาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ? :

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 29. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | โรคหัวใจ | 40. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | โรคเอดส์ |
| 30. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | หัวใจวาย หัวใจพิการ | 41. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | เนื้องอก มะเร็ง |
| 31. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | เสียงแผ่วจากการไหลของโลหิตผ่านหัวใจ (Heart murmurs) | 42. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | โรคข้ออักเสบ โรครูมาติก |
| 32. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ไข้รูมาติก หรือไข้ปวดตามข้อ | 43. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | โรคตา |
| 33. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | โรคลมบ้าหมู เส้นโลหิตแดงแข็ง | 44. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | โรคผิวหนัง |
| 34. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ความดันโลหิตสูง | 45. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ภาวะโลหิตจาง |
| 35. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | โรคหืด วัณโรค ภาวะการพองลมในเนื้อเยื่อหรือถุงลมผิดปกติ โรคปอดอื่น ๆ | 46. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | VD (กามโรค) (เช่น ซิฟิลิส หรือ โทโนเรีย) |
| 36. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ตับอักเสบ โรคตับอื่น ๆ | 47. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | โรคผิวหนังพุพอง |
| 37. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ปัญหาเรื่องท้อง แผลเปื่อย | 48. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ไต โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ |
| 38. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | โรคภูมิแพ้ ที่เกิดจาก ยาจากใบสั่งยาของแพทย์ อาหาร ยาที่ซื้อได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยา ยางลาเท็กซ์ | 49. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ไทรอยด์ โรคต่อมหมวกไต |
| 39. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | สมาชิกในครอบครัวมีประวัติว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ เนื้องอก | 50. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | โรคเบาหวาน |

IV. ท่านรับหรือเคยได้รับการบริการตามหัวข้อด้านล่างนี้หรือไม่ ? :

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|------------------------|
| 51. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | การดูแลรักษาโรคจิต | 56. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | การรักษาตัวในโรงพยาบาล |
| 52. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | การบำบัดด้วยการฉายกัมมันตภาพรังสี | 57. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | การถ่ายเลือด |
| 53. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | การบำบัดด้วยสารเคมี | 58. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | การศัลยกรรม |
| 54. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ฉันทบำบัดหัวใจเทียม | 59. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | เพชเมคเกอร์ |
| 55. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ข้อต่อเทียม | 60. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | คอนแทค เล็นซ์ |

V. ท่านรับประทานหรือใช้สิ่งต่อไปนี้หรือไม่ ? :

- | | | | |
|--|---|--|-------------------|
| 61. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ยาเสพติด | 63. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ยาสูบ ในทุกรูปแบบ |
| 62. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ยา ยาที่ใช้บำบัดโรค ยาที่ซื้อได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ (รวมทั้ง แอสไพริน) ยาสมุนไพร | 64. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | แอลกอฮอล์ |

กรุณาระบุชื่อ : _____

VI. สำหรับคนไข้หญิงเท่านั้น :

- | | | | |
|--|---|--|----------------------|
| 65. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ท่านตั้งครรภ์ หรือสามารถตั้งครรภ์ หรือกำลังให้นมบุตรของท่าน | 66. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | รับประทานยาคุมกำเนิด |
|--|---|--|----------------------|

VII. สำหรับคนไข้ทุกท่าน :

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

ข้าพเจ้าได้ตอบคำถามทุกอย่างครบถ้วนและถูกต้องตามความรู้ความสามารถของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพและ/หรือยาเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ทันตแพทย์ของข้าพเจ้าได้ทราบ

ลายเซ็นคนไข้ : _____ วันที่ : _____

ตรวจสอบความจำ :

1. ลายเซ็นคนไข้ : _____ วันที่ : _____
2. ลายเซ็นคนไข้ : _____ วันที่ : _____
3. ลายเซ็นคนไข้ : _____ วันที่ : _____