

LÝ LỊCH Y TẾ

Liên lạc Khẩn cấp _____ SĐT _____ Mối quan hệ _____

Liệt kê tất cả các loại thuốc bạn đang dùng:

Đánh dấu các loại thuốc bạn bị dị ứng:

Không

Không

Thuốc tê cục bộ

Aspirin

Kim loại

Codeine/Các chất gây nghiện khác Penicillin

Erythromycin

Thuốc Sulfar

Nhựa cao su

Khác: _____

Đánh dấu bất kỳ thể trạng y tế nào bạn đang có:

Không

Tiểu đường

Thay thế Khớp, vào Ngày: _____

AIDS/HIV

Thũng Khí phế

Suy Thận/Suy Bàng quang

Nghiện Rượu/Chất kích thích

Động kinh

Bệnh Gan

Thiếu máu / Ung thư bạch cầu

Ngất Xỉu/Co giật

Thấp Huyết áp

Chứng Chán ăn/Háu ăn

Sốt vi / Vảy nến

Bệnh Tâm lý

Viêm khớp

Nhức đầu Kinh niên

Bệnh Lá Van

Suyễn / Viêm mũi dị ứng

Khô miệng/Sjogren

Tiêu chảy Kinh niên

Bệnh về Đông máu

Triệu chứng bàng quang

Thấp khớp

Truyền máu

Đau tim/Đột quy

Triệu chứng Thấp Huyết áp

Viêm Phế quản

Bệnh tim / đau thắt ngực

Bệnh truyền qua đường tình dục

Ung thư/Khối u ác tính

Tiếng thổi tim

Vấn đề xoang

Máy tạo nhịp tim

Viêm gan / vàng da

Viêm loét dạ dày

Đau ngực khi hoạt động mạnh

Cao Huyết áp

Viêm loét dạ dày

Van tim bị Hư hỏng

Phát ban / Phát ban da

Bệnh lao

Khác: _____

DÀNH CHO PHỤ NỮ: Bạn có mang thai hay bạn có lý do để tin rằng bạn có thể đang mang thai? Có / Không

Bệnh nhân Mới:

Tên nha sĩ trước _____ Thành phố/Bang _____

Ngày vệ sinh và kiểm tra gần nhất _____

Phản ứng bất thường đối với chích răng? _____

Lý do đến hôm nay: _____ Bạn có đang chịu đau đớn không? Có / Không

Bằng việc ký dưới đây, tôi xác nhận rằng tất cả các thông tin trên là đúng theo sự hiểu biết của tôi.

X _____

Tên Bệnh nhân/Người bảo hộ (In)

X _____

Ngày

X _____

Tên Bệnh nhân/Người bảo hộ