



NEMS ID:  
東北會員號碼  
NAME:  
會員姓名  
DOB:  
會員出生日期

### DENTAL HISTORY 牙科病歷

1. Do you have or have you had 您現在或以前是否有過:
  - a. Any particular concerns about your mouth / teeth / overall oral health? 任何口腔/牙齒/整體口腔保健的問題? .. Y 是 / N 否  
If YES, what is it? 如果有，是什麼? \_\_\_\_\_
  - b. Any problem(s) with dental treatment in the past? 以前是否有任何牙齒治療的問題? ..... Y 是 / N 否
  - c. Any facial or head injuries? 面部或頭部有沒有任何的受傷? ..... Y 是 / N 否
  - d. Special dental treatment(s) such as braces, jaw surgery, hospital dentistry, etc.?  
有沒有任何的特殊牙科治療，如：牙齒矯正、顎部手術或要在醫院接受牙科治療? ..... Y 是 / N 否
  - e. Pre-medicated with antibiotic before dental appointment in the past?  
以前是否曾在見牙醫之前服用抗生素? ..... Y 是 / N 否
  - f. Shown how to floss or brush? 有沒有人教過您如何使用牙線或刷牙? ..... Y 是 / N 否
  - g. Deep cleaning / gum disease treatment? 有沒有接受過深度牙齒清潔/牙齦疾病治療? ..... Y 是 / N 否  
If YES, how long ago? 如果有，多久之前? \_\_\_\_\_
2. Do you brush or floss? 您刷牙或使用牙線嗎? ..... Y 是 / N 否  
If YES, how often? 如果有，多久一次? \_\_\_\_\_
3. Has there been any change in your general health in the last two years?  
過去兩年內您的總體健康狀況是否有任何變化? ..... Y 是 / N 否
4. Approximate date of last physical exam? 最近體檢的大概日期? \_\_\_\_\_
5. Are you now under the care of a physician? 您目前有沒有主診醫生? ..... Y 是 / N 否  
If YES, Physician's name: 如果有，醫生姓名: \_\_\_\_\_
6. Any serious illness, operations, or hospitalizations in the last 5 years? ..... Y 是 / N 否  
過去五年內是否患有嚴重的疾病、動手術、或住院?  
If YES, please describe 如果有，請說明 \_\_\_\_\_
7. Are you taking any medication(s)? 現在是否有服用任何藥物? ..... Y 是 / N 否  
If YES, please describe 如果有，請說明 \_\_\_\_\_
8. Are you taking any of the following 您是否在服用以下任何一種或幾種藥物:
 

Antibiotics 抗生素 .....	Y 是 / N 否	Birth Control Pills 避孕丸 .....	Y 是 / N 否
Anticoagulants (Blood Thinners) 抗凝劑 (血液稀釋劑) .....	Y 是 / N 否	Tranquilizers 鎮靜劑 .....	Y 是 / N 否
Blood Pressure Medication 治療高血壓藥物.....	Y 是 / N 否	Insulin 胰島素 .....	Y 是 / N 否
Cortisone (Steroids) 可體松 (類固醇) .....	Y 是 / N 否	Heart Drugs, Nitroglycerin 心臟藥物、抗心絞痛藥	Y 是 / N 否
9. Are you allergic or have you reacted adversely to any medication or food?  
您是否有過敏，或曾對藥物或食物產生過不良反應? ..... Y 是 / N 否  
If YES, please describe 如果有，請說明 \_\_\_\_\_
10. Have you had a bad reaction to the following 您有否對以下任何一種藥物/材料產生過不良反應:
 

Local Anesthetics (Novocaine, Lidocaine) 局部麻醉劑 (奴佛卡因、利多卡因).....	Y 是 / N 否
Barbiturates, Sedatives or Sleeping Medicines 催眠藥、鎮靜藥或安眠藥 .....	Y 是 / N 否
Penicillin or other Antibiotics 盤尼西林 (青黴素) 或其它抗生素.....	Y 是 / N 否
Aspirin or Codeine 阿司匹林或可待因.....	Y 是 / N 否
Latex Allergy 乳膠過敏 .....	Y 是 / N 否
11. Have you taken steroids at any time within the past 2 years? 過去兩年內是否有服用過類固醇藥物? ..... Y 是 / N 否
12. Have you taken any medication for osteoporosis? 您是否曾服用任何骨質疏鬆症的藥物? ..... Y 是 / N 否  
If YES, for how long? 如果有，有多久? \_\_\_\_\_



NEMS ID:  
東北會員號碼  
NAME:  
會員姓名  
DOB:  
會員出生日期

### DENTAL HISTORY 牙科病歷

**DO YOU NOW HAVE OR HAVE YOU HAD ANY OF THE FOLLOWING? 您現在或以前有否下述症狀?**

- Chronic sinus problems 慢性鼻竇問題..... Y 是 / N 否
- Asthma, emphysema, bronchitis 哮喘、肺氣腫或支氣管炎.. Y 是 / N 否
- Frequent hives or skin rash 經常性蕁麻疹或皮膚疹 .... Y 是 / N 否
- Current contagious diseases 流行性傳染病..... Y 是 / N 否
- Rheumatic fever or heart murmur 風濕熱或心臟雜音 ..... Y 是 / N 否
- Congenital heart disease 先天性心臟病..... Y 是 / N 否
- Heart attack/open heart surgery 心臟病發作/心臟手術 . Y 是 / N 否
- Chest pain/angina 胸痛/心絞痛 ..... Y 是 / N 否
- High blood pressure 高血壓 ..... Y 是 / N 否
- Stroke 中風 ..... Y 是 / N 否
- Artificial joint surgery/implant 人造關節手術/移植 .... Y 是 / N 否
- Shortness of breath after mild exercise 中度運動後呼吸短促 . Y 是 / N 否
- Seizures, epilepsy, fainting 發羊吊、癲癇病、昏厥..... Y 是 / N 否
- Diabetes or high blood sugar 糖尿病或高血糖病 ..... Y 是 / N 否
- Hepatitis, jaundice, liver disease 肝炎、黃疸病或肝病..... Y 是 / N 否
- Arthritis or joint pain 關節炎或關節痛 ..... Y 是 / N 否
- Do you wear contact lenses? 您戴隱形眼鏡嗎?..... Y 是 / N 否
- Excessive use of alcohol/alcoholism 過度酗酒/酒精中毒 Y 是 / N 否
- Stomach ulcers 胃潰瘍..... Y 是 / N 否
- Blood Transfusions 有否輸過血..... Y 是 / N 否
- Frequent severe headaches 經常性劇烈頭痛..... Y 是 / N 否
- Numbness in any part of your body? 身體的任何部位是否有麻痺? Y 是 / N 否
- Use of Fen Phen diet? 是否正在使用 Fen Phen 減肥節食. Y 是 / N 否
- Use of recreational/illicit/illegal drugs 服用違禁毒品.... Y 是 / N 否
- Kidney disease or stones 腎病或腎結石 ..... Y 是 / N 否
- Tuberculosis 肺結核..... Y 是 / N 否
- Venereal disease 性病 ..... Y 是 / N 否
- Abnormal bleeding after surgery 手術後異常出血 ..... Y 是 / N 否
- Hemophilia, anemia, sickle cell 血友病、貧血、鐮狀血球性貧血... Y 是 / N 否
- Radiation treatment for tumor 腫瘤放射治療 ..... Y 是 / N 否
- Previous cancer 曾患過癌症 ..... Y 是 / N 否
- Thyroid disease or goiter 甲狀腺病或甲狀腺腫 ..... Y 是 / N 否
- Developmental/Intellectual Disability 發育/智力障礙 Y 是 / N 否
- Drug addiction therapy 戒毒治療 ..... Y 是 / N 否
- Psychiatric problems 心理問題 ..... Y 是 / N 否
- HIV/AIDS 愛滋病 ..... Y 是 / N 否
- Problems with opening mouth wide 難於張開大口..... Y 是 / N 否
- Injury to face, jaws, or neck 臉部、顎部或頸部受傷 ..... Y 是 / N 否
- Problems with anesthesia 對使用麻醉藥有問題 ..... Y 是 / N 否
- Problems with surgery 對施手術有問題 ..... Y 是 / N 否
- Used tobacco products 吸食煙草製品 ..... Y 是 / N 否
- If YES, how much/day? 如果是，一天用多少? \_\_\_\_\_
- Females: are you pregnant? 女性: 現在是否懷孕?.... Y 是 / N 否
- If YES, how many months? 如果是，有幾多個月? \_\_\_\_\_

Other Health Problems or Conditions 其它健康問題或症狀: \_\_\_\_\_

**I HAVE READ AND ANSWERED THE ABOVE QUESTIONS TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I UNDERSTAND THIS INFORMATION IS NECESSARY TO PROVIDE ME WITH DENTAL CARE IN A SAFE AND EFFICIENT MANNER. I WILL NOTIFY THIS CLINIC OF ANY FUTURE CHANGES IN THE HEALTH OR MEDICATIONS TAKEN BY ME.**

本人已經閱讀並盡我所知回答了以上問題。本人了解這些信息對於以安全有效的方式為我提供牙科護理是必要的。如果日後本人的健康狀況或服用的藥物有任何變化，我會通知此診所。

Name of Patient 姓名 (正楷)	Relationship to Patient 與會員關係
Signature of Patient or Legal Representative 會員或合法代表人簽名	Date 日期
Provider Signature 醫生簽名	Date 日期