

# 건강내력

환자이름: \_\_\_\_\_

소설 시큐리티 번호: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

**I. 해당되는 곳에 체크를 하세요. (이해가 안되시면 대답을 안 하셔도 됨)**

예    아니오

1.   일반적으로 건강하십니까?
2.   지난 일년동안 건강에 변화가 있으셨습니까?
3.   지난 삼년동안 병원에 입원하셨거나 심한 병을 앓으신 적이 있으세요? 이유는 \_\_\_\_\_
4.   지금 의사의 치료를 받고 계세요? 왜?  
 마지막 의사 진단 받은 날 \_\_\_\_\_      마지막 치료 약속 \_\_\_\_\_
5.   전에 치과진료를 받으실 때 문제가 있었습니까?
6.   현재 통증이 있으신가요?

**II. 다음과 같은 증세를 경험하신 적이 있으십니까?**

예    아니오

7.   가슴의 통증 (협심증)
8.   발목이 부음
9.   숨이 가쁨
10.   체중감소, 열, 수면시
11.   지속적인 기침, 각혈
12.   출혈, 멍이 쉽게 생김
13.   적동맥 (Sinus) 문제
14.   삼키는 것이 불편함
15.   설사, 변비, 혈변
16.   잦은 구토
17.   소변 보기가 불편함, 혈뇨

예    아니오

18.   가슴의 통증 (협심증)
19.   숨이 가쁨
20.   체중감소, 열, 수면시 식은땀
21.   지속적인 기침, 각혈
22.   눈이 침침함
23.   간질증
24.   심한 갈증
25.   잦은 배뇨
26.   입안이 건조함
27.   황달
28.   관절통, 뻣뻣함

**III. 다음과 같은 질병을 겪으셨거나 가지고 계십니까?**

예    아니오

29.   심장병
30.   심장마비, 심장 장애
31.   심장의 잡음
32.   류마티스열
33.   뇌졸중, 동맥경화
34.   고혈압
35.   결핵, 폐염, 폐 질환
36.   간염, 간 질환
37.   위장병, 위궤양
38.   약, 음식에 대한 부작용
39.   당뇨병, 심장병, 암의 가족 내력

예    아니오

40.   후천성 면역 결핍증 (에이즈)
41.   종양 압
42.   신경통, 관절염, 류머티스
43.   안 질환
44.   피부 질환
45.   빈혈증
46.   성병 (매독, 임질)
47.   수포진
48.   신장병, 방광염
49.   갑상선, 부신질환
50.   당뇨병

**IV. 다음과 같은 치료를 받으시거나 받으셨습니까?**

예    아니오

51.   정신 치료
52.   방사선 치료
53.   화학 요법
54.   심장 인공 판막
55.   인공 관절

예    아니오

56.   병원입원
57.   수혈
58.   수술
59.   심장 보조 조정기
60.   콘택 렌즈

**V. 현재 사용하고 계십니까?**

예    아니오

61.   기분전환을 위한 약
62.   처방약, 일반약 (아스피린)  
 약이름 \_\_\_\_\_

예    아니오

63.   여의 형태의 담배
64.   술

**VI. 여성만 대답하세요.**

예    아니오

65.   임신중이거나 수유중이세요?

예    아니오

66.   피임약 복용중

**VII. 모든 환자들**

예    아니오

67.   위에 기록되지 않은 기타 질병이 있었거나 문제가 있으세요?  
 만약 있으시다면, 설명해 주시기를 바랍니다. \_\_\_\_\_

제가 알고 있는 한, 모든 대답이 완전하고 정확합니다. 건강에 변화가 있거나 역을 복용하게 될 때엔, 저의 치과 의사에게 알려주세요.

환자의 서명 \_\_\_\_\_