



Public Dental Service

نام		تاریخ	
تاریخ تولد و شماره ملی		شغل/ تحصیل/ محل اشتغال :	
آدرس			
تلفن شخصی همراه	تلفن محل کار	تلفن	
پست الکترونیکی:			

داروهای مورد استفاده - نام دارو و مقدار مصرف آن

اطلاعات عمومی

<input type="checkbox"/> بیماریهای قلب و عروق	<input type="checkbox"/> ضعف بینائی
<input type="checkbox"/> فشار خون بالا	<input type="checkbox"/> ضعف شنوایی
<input type="checkbox"/> بیماری قند	<input type="checkbox"/> ضعف قدرت تکلم
<input type="checkbox"/> صرع و غش	<input type="checkbox"/> ضعف حرکتی
<input type="checkbox"/> بیماریهای سیستم دفاعی بدن	آلرژی / حساسیت
<input type="checkbox"/> هیپاتیت	<input type="checkbox"/> پنی سیلین
<input type="checkbox"/> تب رماتیسمی	<input type="checkbox"/> بیحسی موضعی
<input type="checkbox"/> ناراحتی سینوزیتها	<input type="checkbox"/> گردافشانی درختان و گلها
<input type="checkbox"/> ناراحتی روحی	<input type="checkbox"/> مواد غذایی
<input type="checkbox"/> پرتودرمانی در سر و گردن	<input type="checkbox"/> فلز نیکل
<input type="checkbox"/> تغذیه/پرهیز غذایی	<input type="checkbox"/> لاتکس
<input type="checkbox"/> عوارض بعد از دندانپزشکی	<input type="checkbox"/> پیگر
<input type="checkbox"/> سیگار/ استعمال دخانیات	دهان/ دندان
<input type="checkbox"/> آسم	<input type="checkbox"/> خونریزی لثه
<input type="checkbox"/> بیماریهای خونی	<input type="checkbox"/> بوی بد
<input type="checkbox"/> بیماریهای تغذیه ای	<input type="checkbox"/> زخم مداوم در دهان
<input type="checkbox"/> اینز/ ویروس بیماری اینز	<input type="checkbox"/> خشکی دهان
<input type="checkbox"/> بیماریهای ریوی	<input type="checkbox"/> ساییده شدن دندانها
<input type="checkbox"/> خونریزی مغزی	<input type="checkbox"/> عضلات حساس جویدن غذا
<input type="checkbox"/> پارکینسون	<input type="checkbox"/> مکیدن انگشت دست
<input type="checkbox"/> سرطان	<input type="checkbox"/> تنفس دهانی
<input type="checkbox"/> بیماری رماتیسم	<input type="checkbox"/> پیگر
<input type="checkbox"/> غیره	<input type="checkbox"/> هیچ چیز قابل ذکر ندارم
<input type="checkbox"/> توجه! فرم تندرستی	

نام دکتر

معالجات پزشکی دو سال اخیر

نظر بیمار در مورد وضعیت سلامتی خود

خوب متوسط بد

آخرین معالجات دندانپزشکی

باردار و زمان زایمان :

ملاحظات/ اطلاعات بیشتر

دلیل مراجعه بیمار