

แบบสัมภาษณ์สุขภาพทั่วไป

วันที่..... HN.
 ชื่อ - สกุล Ward
 ประเภทสิทธิบัตร

- | | | |
|---|---|---|
| 1. เคยทำฟันหรือถูกฉีดยาชาวมามาก่อนหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย ระบุ |
| 2. หน้ามืด เป็นลม/หมดสติ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 3. โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย ระบุ |
| 4. ความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย ระบุ mmHg. |
| 5. เบาหวาน | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น ตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อ น้ำตาล..... |
| 6. ลมชัก | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 7. โรคเลือด (โลหิตจาง ธาลัสซีเมีย ฯลฯ) | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น ระบุ..... |
| 8. แพ้ยา | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย ระบุ..... |
| 9. ยาที่รับประทานประจำ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
| 10. โรคอื่นๆ | <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Steroid หรือยาลูกกลอน |
| | <input type="checkbox"/> เคยฉายแสง | <input type="checkbox"/> โรคตับ |
| | <input type="checkbox"/> โรคไต | <input type="checkbox"/> หอบหืด |
| | <input type="checkbox"/> วัณโรค | <input type="checkbox"/> ไทรอยด์เป็นพิษ |
| | <input type="checkbox"/> โรคอื่นๆ ถ้ามี | |
| 11. ตั้งครรภ์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....เดือน |

ขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้เป็นจริงทุกประการ และยินยอมรับการรักษาทางทันตกรรมตามที่ได้รับคำแนะนำและการให้บริการนั้นๆ

ลงชื่อ.....

ผู้ปกครอง.....

พยาน.....

พยาน.....

การประเมินสภาวะทางจิตก่อนการปฏิบัติงานทางทันตกรรม

ลักษณะการประเมิน	วันที่ทำการรักษา													
1. ระดับการรับรู้/สภาวะทางจิต (1-2-3-4)														
2. ลักษณะอาการทั่วไป (ดี / ไม่ดี)														
3. ความสามารถในการสื่อสาร (ได้ / ไม่ได้)														
4. ผู้ป่วยยอมรับการปฏิบัติงานทางทันตกรรม (ยินยอม / ไม่ยินยอม)														

