## 환자 병력서

의사 이름:_____ 사무실 전화: _____ 가장 최근 검진 받은 날짜: _____

| | 예 | 아니오 |
|---|---|---|
| 1. 지금 현재 병원에서 치료 받고 있습니까? | ㅁ | ㅁ |
| 2. 병, 혹은 수술 때문에 입원하신 적이 있습니까? | ㅁ | ㅁ |
| 3. 처방전이 필요없는 약을 포함해, 현재 복용하는 약이 있습니까? 예라고 대답 하셨으면 밑의 칸에 약 이름을 적어주세요 _____ | ㅁ | ㅁ |
| 4. 담배를 피우십니까? | ㅁ | ㅁ |
| 5. 술, 코케인이나 다른 마약을 즐기십니까? | ㅁ | ㅁ |
| 6. 컨텍트 렌즈를 사용하십니까? | ㅁ | ㅁ |
| 7. 치과 치료를 위해 항생제를 복용하신 적이 있습니까? | ㅁ | ㅁ |
| 8. 우측 상단에 열거한 약 때문에 알레르기 반응이나 기타 다른 반응이 일어난 적이 있습니까? | | |

| | 예 | 아니오 |
|---|---|---|
| (노보카인 등) 국소마취제 | ㅁ | ㅁ |
| 페니실린이나 기타 항생제 | ㅁ | ㅁ |
| 술파제 | ㅁ | ㅁ |
| 바르비투르산염 (진통제, 최면제용) | ㅁ | ㅁ |
| 진정제 | ㅁ | ㅁ |
| 요오드(빨간약) | ㅁ | ㅁ |
| 아스피린 | ㅁ | ㅁ |
| 기타 _____ | | |
| 9. 여자분께: | | |
| a) 임신하셨거나, 하셨다고 생각하십니까? | ㅁ | ㅁ |
| b) 아기에게 젖을 먹이고 계십니까? | ㅁ | ㅁ |
| c) 먹는 피임약을 드십니까? | ㅁ | ㅁ |

10. 다음과 같은 병이나 증상이 발생한 적이 있습니까?

| | 예 | 아니오 | | 예 | 아니오 | | 예 | 아니오 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 고혈압 | ㅁ | ㅁ | 기타 심장 질환 | ㅁ | ㅁ | 위궤양 | ㅁ | ㅁ |
| 심장마비 | ㅁ | ㅁ | 심장 박동 이상 | ㅁ | ㅁ | 가슴앓이 | ㅁ | ㅁ |
| 류머티즘열 | ㅁ | ㅁ | 꽃가루 알레르기 | ㅁ | ㅁ | 쉽게 숨이 찬다 | ㅁ | ㅁ |
| 발목 부어오름 | ㅁ | ㅁ | 자주 피곤해 함 | ㅁ | ㅁ | 뇌졸중/중풍 발작 | ㅁ | ㅁ |
| 기절/발작 | ㅁ | ㅁ | 최근 갑자기 체중 감소 | ㅁ | ㅁ | 편도선염 | ㅁ | ㅁ |
| 천식 | ㅁ | ㅁ | 기종 | ㅁ | ㅁ | 결핵 | ㅁ | ㅁ |
| 저혈압 | ㅁ | ㅁ | 방사선 치료 | ㅁ | ㅁ | 암 | ㅁ | ㅁ |
| 성병 | ㅁ | ㅁ | 관절염 | ㅁ | ㅁ | 녹내장 | ㅁ | ㅁ |
| 백혈병 | ㅁ | ㅁ | 관절 치환 | ㅁ | ㅁ | 빈혈 | ㅁ | ㅁ |
| 당뇨병 | ㅁ | ㅁ | 관절 이식 | ㅁ | ㅁ | 간 질환 | ㅁ | ㅁ |
| 신장병 | ㅁ | ㅁ | 간염/황달 | ㅁ | ㅁ | 심장의 문제 | ㅁ | ㅁ |
| 에이즈또는 HIV 감염 | ㅁ | ㅁ | 간질/경련 | ㅁ | ㅁ | 기타 _____ | | |
| 갑상선 질병 | ㅁ | ㅁ | 위장 질환 | ㅁ | ㅁ | | | |
| 심장병 | ㅁ | ㅁ | 호흡기 질환 | ㅁ | ㅁ | | | |

### 환자 치과 병력

| | 예 | 아니오 |
|---|---|---|
| 1. 이를 닦거나 칫실을 쓸때 잇몸에 피가 납니까? | ㅁ | ㅁ |
| 2. 이가 차거나 뜨거운 음식, 액체에 민감합니까? | ㅁ | ㅁ |
| 3. 이가 달거나 쓴 액체나 음식에 민감합니까? | ㅁ | ㅁ |
| 4. 이속의 통증이 있습니까? | ㅁ | ㅁ |
| 5. 현재 머리, 목, 턱 부상 입으셨습니까? | ㅁ | ㅁ |
| 6. 턱에 다음과 같은 문제가 있었는지요? | | |
| a) 딱딱 소리남 | ㅁ | ㅁ |
| b) 턱 관절, 귀 근처의 고통 | ㅁ | ㅁ |
| c) 입을 열고 닫을때 고통 | ㅁ | ㅁ |
| d) 씹을때 고통 | ㅁ | ㅁ |
| 7. 이를 갈거나 악무는 습관이 있습니까? | ㅁ | ㅁ |
| 8. 두통이 자주 옵니까? | ㅁ | ㅁ |

| | 예 | 아니오 |
|---|---|---|
| 9. 입술이나 볼안쪽을 자주 깨물게 됩니까 ? | ㅁ | ㅁ |
| 10. 이를 아주 힘들게 뽑은 적이 있습니까? | ㅁ | ㅁ |
| 11. 치과 교정 하신적이 있습니까? | ㅁ | ㅁ |
| 12. 이를 뺀후 오랫동안 피가 멈추지않고 흐른 적이 있습니까?? | ㅁ | ㅁ |
| 13. 이를 딱는 방법에 대해 교육 받으신 적이 있습니까?? | ㅁ | ㅁ |
| 14. 잇몸을 어떻게 관리 해야 하는지 교육 받으신 적이 있습니까? | ㅁ | ㅁ |
| 15. 치과 검진을 마지막 받은 날짜는 언제입니까? _____ | | |

### 인가와 양도서

위의 내용을 읽고 가능한 충분히 이해 했음을 보증합니다. 또한 질문에 성실히 답했습니다.
잘못된 정보를 제공하는 것이 제 아이의 건강을 해칠 수도 있다는 점을 잘 압니다.
진료를 받는 기간 중에 치과 의사가 아이의 진단결과나 진료기록 등의 정보를 다른 의료인이나 지불자에게 제공하는 것을 허락합니다.
제 보험회사가 치과의사나 치과에 보험 수당을 직접 지불 할 것을 요구하고 또 허락합니다.
그렇지 못한 경우 저에게 진료비를 청구하시기 바랍니다.

환자가 미성년자인 경우 보호자의 서명 : _____ 날짜:_____