

پرسشنامه تندرستی

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		نام دکتر	
<input type="checkbox"/> بیماریهای قلب و عروق <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <input type="checkbox"/> بیماری قند <input type="checkbox"/> صرع و غش <input type="checkbox"/> بیماریهای سیستم دفاعی بدن <input type="checkbox"/> هیپاتیت <input type="checkbox"/> تب رماتیسمی <input type="checkbox"/> ناراحتی سینوزیتها <input type="checkbox"/> ناراحتی روحی <input type="checkbox"/> پرتودرمانی در سر و گردن <input type="checkbox"/> تغذیه/پرهیز غذایی <input type="checkbox"/> عوارض بعد از دندانپزشکی <input type="checkbox"/> سیگار/ استعمال دخانیات <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> بیماریهای خونی <input type="checkbox"/> بیماریهای تغذیه ای <input type="checkbox"/> ایدز/ ویروس بیماری ایدز <input type="checkbox"/> بیماریهای ریوی <input type="checkbox"/> خونریزی مغزی <input type="checkbox"/> پارکینسون <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> بیماری رماتیسم <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> توجه! فرم تندرستی		<input type="checkbox"/> ضعف بینائی <input type="checkbox"/> ضعف شنوائی <input type="checkbox"/> ضعف قدرت تکلم <input type="checkbox"/> ضعف حرکتی آلرژی/ حساسیت <input type="checkbox"/> پنی سیلین <input type="checkbox"/> بیحسی موضعی <input type="checkbox"/> گردافشانی درختان و گلها <input type="checkbox"/> مواد غذایی <input type="checkbox"/> فلز نیکل <input type="checkbox"/> لاتکس <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> دهان/ دندان <input type="checkbox"/> خونریزی لثه <input type="checkbox"/> بوی بد <input type="checkbox"/> زخم مداوم در دهان <input type="checkbox"/> خشکی دهان <input type="checkbox"/> ساییده شدن دندانها <input type="checkbox"/> عضلات حساس جویدن غذا <input type="checkbox"/> مکیدن انگشت دست <input type="checkbox"/> تنفس دهانی <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> هیچ چیز قابل ذکر ندارم	
		<input type="checkbox"/> معالجات پزشکی دو سال اخیر	
		نظر بیمار در مورد وضعیت سلامتی خود <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> بد	
		باردار و زمان زایمان : آخرین معالجات دندانپزشکی	
ملاحظات/ اطلاعات بیشتر		دلیل مراجعه بیمار	