

Elica Health Centers

Опросник по стоматологической истории болезни

Patient's Name:	DOB:	MRN:	Today's Date:
1. Испытываете ли вы в настоящее время зубную боль?			
Если ДА, пожалуйста, объясните:		☐ Да	☐ Нет ☐ Неизвестно
2. Когда вы проходили последний стоматологический осмотр?			
		Дата:	☐ Неизвестно
3. Вам трудно открыть рот?			
		☐ Да	☐ Нет ☐ Неизвестно
4. Есть ли у вас трудности с жеванием?			
		☐ Да	☐ Нет ☐ Неизвестно
5. Щелкает ли ваша челюсть, хлопает или фиксируется в открытом положении?			
Если ДА, пожалуйста, объясните:		☐ Да	☐ Нет ☐ Неизвестно
6. Есть ли у вас в анамнезе язвы или наросты во рту?			
		☐ Да	☐ Нет ☐ Неизвестно
7. Стираете ли вы зубы или скрежете ими?			
		☐ Да	☐ Нет ☐ Неизвестно
8. Бывает ли у вас сухость во рту?			
		☐ Да	☐ Нет ☐ Неизвестно
9. Чувствительны ли ваши зубы к горячему или холодному?			
Если ДА, пожалуйста, объясните:		☐ Да	☐ Нет ☐ Неизвестно
10. Кровоточат ли ваши десны, когда вы чистите зубы щеткой или зубной нитью?			
		☐ Да	☐ Нет ☐ Неизвестно
11. Лечение зубов заставляет вас нервничать?			
		☐ Да	☐ Нет ☐ Неизвестно
12. Были ли у вас серьезные травмы лица или рта?			
Если ДА, пожалуйста, объясните:		☐ Да	☐ Нет ☐ Неизвестно
13. Были ли у вас когда-нибудь проблемы с лечением зубов или зубной анестезией?			
Если ДА, пожалуйста, объясните:		☐ Да	☐ Нет ☐ Неизвестно

Для пациентов в возрасте от 0 до 17 лет - оценка риска кариеса

14. Получает ли ваш ребенок фтор из любого из следующих источников?

Отметьте все, что применимо: ____ Добавка ____ Фторированная вода ____ Зубная паста ____ Фторсодержащий ополаскиватель ____ Нет

15. Сосет ли ваш ребенок большой палец, пальцы или соску?

☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

16. Ложится ли ваш ребенок спать с бутылочкой или чашкой с чем-либо, кроме воды (например, с молоком или соком)?

☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Если ДА, пожалуйста, объясните:

17. Сколько раз в день ваш ребенок употребляет продукты или напитки с высоким содержанием сахара (сок, газированные или негазированные безалкогольные напитки, энергетические напитки, лекарственные сиропы)? _____ раз в день

18. Имеется ли у кого-либо в семье уже существующая или ожидаемая стоматологическая реставрация (пломбы, коронки...)?

☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

19. Есть ли у пациента какие-либо особые потребности в медицинском обслуживании (задержка в развитии, физические, медицинские или психические отклонения, которые препятствуют или ограничивают выполнение адекватного ухода за полостью рта им самим или лицом, осуществляющим уход)?

☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

20. Есть ли у пациента какие-либо расстройства при приеме пищи?

☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Для женщин - История акушера-гинеколога

21. Беременны ли вы в настоящее время?

☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Если ДА, назовите предполагаемый срок беременности:

22. Кормите ли вы в настоящее время грудью?

☐ Да ☐ Нет