

Elica Health Center

پرسشنامه تاریخچه دندان

Patient's Name:	DOB:	MRN:	Today's Date:
-----------------	------	------	---------------

- | | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. آیا در حال حاضر درد دندان دارید؟ | ☐ نامعلوم | ☐ خیر | ☐ بلی |
| اگر بله، لطفا توضیح دهید | | | |
| 2. آخرین امتحان دندانپزشکی شما چه زمانی بود؟ | ☐ نامعلوم | تاریخ: | |
| 3. آیا برای باز کردن دهان خود مشکل دارید؟ | ☐ نامعلوم | ☐ خیر | ☐ بلی |
| 4. آیا در جویدن مشکل دارید؟ | ☐ نامعلوم | ☐ خیر | ☐ بلی |
| 5. آیا الا شه شما باز می شود، می پرد یا قفل می شود؟ | ☐ نامعلوم | ☐ خیر | ☐ بلی |
| گر بله، لطفا توضیح دهید | | | |
| 6. آیا سابقه زخم یا رشد در دهان خود دارید؟ | ☐ نامعلوم | ☐ خیر | ☐ بلی |
| 7. آیا دندان های خود را فشار می دهید یا به هم می سایید؟ | ☐ نامعلوم | ☐ خیر | ☐ بلی |
| 8. آیا شما دهان خشک دارید؟ | ☐ نامعلوم | ☐ خیر | ☐ بلی |
| 9. دندان های شما به گرما یا سرما حساس هستند؟ | ☐ نامعلوم | ☐ خیر | ☐ بلی |
| اگر بله، لطفا توضیح دهید | | | |
| 10. آیا هنگام مسواک زدن یا نخ دندان کشیدن بیره ما های شما خونریزی می کند؟ | ☐ نامعلوم | ☐ خیر | ☐ بلی |
| 11. آیا درمان دندان شما را عصبی می کند؟ | ☐ نامعلوم | ☐ خیر | ☐ بلی |
| 12. آیا آسیب جدی به صورت یا دهان خود داشته اید؟ | ☐ نامعلوم | ☐ خیر | ☐ بلی |
| اگر بله، لطفا توضیح دهید | | | |
| 13. آیا تا به حال مشکلی در درمان دندانپزشکی یا بی حسی دندان داشته اید؟ | ☐ نامعلوم | ☐ خیر | ☐ بلی |
| اگر بله، لطفا توضیح دهید | | | |

برای بیماران 0 تا 17 ساله - ارزیابی خطر پوسیدگی

14. آیا فرزند شما از هر یک از منابع زیر فلوراید دریافت می کند؟

Check all that apply: ____ Supplement ____ Fluoridated Water ____ Toothpaste ____ Fluoride Rinse ____ None

15. آیا کودک شما شست، انگشتان یا چوشک خود را می مکد؟

☐ نامعلوم ☐ نخیر ☐ بلی

16. آیا کودک شما با یک بطری یا فنجان با چیزی غیر از آب (مانند شیر یا آبمیوه) به رختخواب می رود؟

☐ نامعلوم ☐ نخیر ☐ بلی

اگر بله، لطفا توضیح دهید

17. کودک شما چند بار در روز غذاها یا نوشیدنی های شیرین می خورد (آبمیوه، نوشابه گازدار یا غیر گازدار، نوشیدنی های انرژی زا، شربت های دارویی)؟

چند بار در روز

18. آیا کسی در خانواده ترمیم دندان موجود یا در حال انتظار (پر کردن، کراون ...) دارد؟

☐ نامعلوم ☐ نخیر ☐ بلی

19. آیا بیمار نیاز به مراقبت های بهداشتی خاصی دارد (تاخیر رشدی، ناتوانی های جسمی، پزشکی یا ذهنی که از انجام مراقبت های بهداشتی دهان و دندان به تنهایی جلوگیری یا محدود می کند؟ یا مراقب)

☐ نامعلوم ☐ نخیر ☐ بلی

20. آیا بیمار اختلال خوردن دارد؟

☐ نامعلوم ☐ نخیر ☐ بلی

برای زنان - تاریخچه زنان/نسای و ولادی

21. آیا در حال حاضر باردار هستید؟

اگر بله، تاریخ سررسید تخمینی شما چقدر است:

☐ نامعلوم ☐ نخیر ☐ بلی

22. آیا در حال حاضر شیر می دهید؟

☐ نخیر ☐ بلی