

姓名 \_\_\_\_\_ 別名 \_\_\_\_\_ 年齡 \_\_\_\_\_  
 轉介人 \_\_\_\_\_ 你如何評價你的口腔狀況？  很好  較好  一般  較差  
 以前的牙醫 \_\_\_\_\_ 你是該牙醫的病人有多長時間？ \_\_\_\_\_ 月/年  
 最近一次牙科檢查的日期 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ 最近一次 X 光照射的日期 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 最近一次接受治療（除洗牙外）的日期 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 我按照以下頻率定期看我的牙醫： 每三個月  每四個月  每六個月  每十二個月  不定期

你現在的問題是什麼？ \_\_\_\_\_

請對以下問題回答「是」或「否」：

是 否

## 個人病史



1. 你是否害怕接受牙科治療？你的害怕程度有多高？請用 1（最低）到 10（最高）的評分標準衡量 [ ] \_\_\_\_\_  是  否
2. 你是否曾經有過不愉快的牙科治療經歷？ \_\_\_\_\_  是  否
3. 你是否曾因以前的牙齒治療出現併發症？ \_\_\_\_\_  是  否
4. 你是否曾經在麻醉時遇到麻煩或對局麻有任何反應？ \_\_\_\_\_  是  否
5. 你是否曾裝過牙套、接受過牙矯正術或咬合調整？ \_\_\_\_\_  是  否
6. 你是否曾拔牙或有從未長出的缺失牙齒？ \_\_\_\_\_  是  否

## 牙齦和骨骼



7. 你在刷牙或用牙線時牙齦是否出血或疼痛？ \_\_\_\_\_  是  否
8. 你是否曾接受過牙齦病治療或被告知你的牙周骨質流失？ \_\_\_\_\_  是  否
9. 你是否曾注意到口內有難聞的味道或氣味？ \_\_\_\_\_  是  否
10. 你的家中是否有任何人患牙周病？ \_\_\_\_\_  是  否
11. 你是否曾出現過牙齦萎縮？ \_\_\_\_\_  是  否
12. 你是否曾出現過牙齒自動（未受傷）變鬆或在吃蘋果時有困難？ \_\_\_\_\_  是  否
13. 你是否曾出現過與牙齒無關的口腔內發熱或疼痛的感覺？ \_\_\_\_\_  是  否

## 牙齒結構



14. 你在過去三年內是否曾出現過任何蛀牙？ \_\_\_\_\_  是  否
15. 你口腔內的唾液量是否過少或在吞嚥任何食物時有困難？ \_\_\_\_\_  是  否
16. 你是否感到或注意到你的牙齒咬合面上有任何牙洞（即點蝕、坑洞）？ \_\_\_\_\_  是  否
17. 你是否有任何對熱、冷、咬東西、甜食敏感的牙齒或避免刷牙口腔內的任何部位？ \_\_\_\_\_  是  否
18. 你的牙齦線附近的牙齒是否有凹槽或凹痕？ \_\_\_\_\_  是  否
19. 你是否曾出現過斷牙、碎裂牙齒、牙痛或牙隱裂補牙？ \_\_\_\_\_  是  否
20. 你是否經常有食物卡在牙縫中？ \_\_\_\_\_  是  否

## 咬合和下頷關節



21. 你是否有下頷關節問題？（疼痛、聲響、張開受限、鎖住、脫落） \_\_\_\_\_  是  否
22. 當你將牙齒咬合時，是否有下頷被往後推的感覺？ \_\_\_\_\_  是  否
23. 你是否避免咀嚼口香糖、胡蘿蔔、堅果、百吉餅、法式長棍麵包、高蛋白營養棒或其他乾硬的食物或在吃這些食物時有困難？ \_\_\_\_\_  是  否
24. 你的牙齒在過去五年內是否發生變化——變短、變薄或磨損？ \_\_\_\_\_  是  否
25. 你的牙齒是否變得更歪斜、擁擠或重疊？ \_\_\_\_\_  是  否
26. 你是否出現牙縫或牙齒變得更鬆？ \_\_\_\_\_  是  否
27. 你是否需要一次以上咬、擠或移動下頷才能使牙齒對齊？ \_\_\_\_\_  是  否
28. 你是否將舌頭放在牙齒之間或在合上牙齒時抵在舌頭上？ \_\_\_\_\_  是  否
29. 你是否咀嚼冰塊、咬指甲、用牙齒咬住東西或有任何其他口腔習慣？ \_\_\_\_\_  是  否
30. 你在白天是否咬緊牙齒使牙齒產生疼痛感？ \_\_\_\_\_  是  否
31. 你是否有睡眠問題（即不安穩）、醒來時感到頭痛或牙齒不舒服？ \_\_\_\_\_  是  否
32. 你是否佩戴或曾經佩戴咬合裝置？ \_\_\_\_\_  是  否

## 微笑特徵



33. 是否有任何希望改變的牙齒外觀問題？ \_\_\_\_\_  是  否
34. 你是否曾漂白牙齒？ \_\_\_\_\_  是  否
35. 你是否曾對自己的牙齒外觀感到不舒服或不自在？ \_\_\_\_\_  是  否
36. 你是否曾對以前接受的牙科診治感到失望？ \_\_\_\_\_  是  否

病人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

醫生簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_