

## แบบสอบถามอาการแพนกทันตกรรม

歯科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน ☑ ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปี

เดือน

วันที่

ชื่อและนามสกุล		<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
วันเดือนปีเกิด	ปี _____ เดือน _____ วันที่ _____	เบอร์โทรศัพท์ _____
ที่อยู่		
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
สัญชาติ	ภาษา	

มีอาการอย่างไร		
<input type="checkbox"/> ปวดฟัน	<input type="checkbox"/> ฟันที่หลุดไป	<input type="checkbox"/> ปวดเหงือก
<input type="checkbox"/> ต้องการรักษาฟันผุ	<input type="checkbox"/> ต้องการทำฟันปลอม	<input type="checkbox"/> ต้องการจัดฟัน
<input type="checkbox"/> ฟันปลอมแตก	<input type="checkbox"/> ต้องการจัดฟัน	<input type="checkbox"/> จัดฟัน
<input type="checkbox"/> ต้องการขูดหินปูนและคราบติดฟัน	<input type="checkbox"/> กลิ่นปาก	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่		
<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ยา	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> กิน	<input type="checkbox"/> โปรดแสดงยาที่กิน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้กิน
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
เคยถอนฟันหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่		
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตั้งครรภ์	
ให้นมบุตรอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ให้	<input type="checkbox"/> ไม่ให้
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง		
<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้	<input type="checkbox"/> โรคตับ	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ
<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> วัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์
<input type="checkbox"/> อื่นๆ		<input type="checkbox"/> ซิฟิลิส
ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ความประสงค์ที่จะรักษา		
<input type="checkbox"/> ต้องการรับการรักษาฟันที่ไม่ดีทั้งหมด	<input type="checkbox"/> ต้องการรับการรักษาเฉพาะฟันที่ปวด	<input type="checkbox"/> รับการรักษาและยินยอมจ่ายค่ารักษาทั้งหมด
<input type="checkbox"/> ต้องการรับการรักษาภายในขอบเขตของประกันสุขภาพ	<input type="checkbox"/> ปรึกษากับแพทย์แล้ว	
ครั้งต่อไป สามารถนำลามาเองได้หรือไม่		
<input type="checkbox"/> ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ได้	