

Shikanomori Dental Clinic
Questionário Médico

カルテ番号 ※当院記入

Data: / / 20

Nome		Aniversário	Gênero
		/ / 20	M • F
Lar endereço			
Telefone	- -	Número de telefone onde você pode ser contatado durante o dia (celular é aceitável)	

Sintoma mais preocupante ou Motivo da Visita			
Hora do início dos sintomas	Hoje • Ontem • Sobre (dias • semanas • meses • anos) atrás		
Horário da última visita ao consultório odontológico	Sobre (dias • semanas • meses • anos) atrás. Detalhes do tratamento: ()		
Intensidade da dor	012345678910 Sem dorDor moderadaDor máxima		
Causas da dor	Dor com alimentos ou bebidas frias • Dor com alimentos ou bebidas quentes • Dor aguda • Sempre com dor		
Localização dos sintomas	Superior • Inferior / Direito • Esquerdo / Incisivos • Molares • Gengiva • Lábio • Bochecha • Mandíbula • Língua • Outros: ()		
Solicitações Terapêuticas	Tratar apenas a parte sintomática (dolorosa) • Tratar o máximo possível		
Dificuldades no tratamento	Medo de tratamento odontológico • Medo da dor • Reflexo de vômito • Transtorno do pânico Dificuldade em abrir a boca • Dor na articulação da mandíbula • Dificuldade em deitar de costas		

Alergias	Você é alérgico a algum alimento ou medicamento? (Sim • Não)		
Alimentos e medicamentos que causam alergias:			
Reação anormal ao local anestesia	Nunca recebi anestesia local • Sem reações anormais • Reações ou sintomas anormais: ()		
Sangramento anormal	Você já teve sangramento anormal prolongado no passado? (Sim • Não)		
Doenças que são sendo tratado ou foram tratados em o passado	• Angina de peito / Infarto do miocárdio (ataque cardíaco) • Infarto cerebral / hemorragia cerebral / hemorragia subaracnóidea • diabetes mellitus • tumor maligno (câncer) • Hipertensão • asma • osteoporose • Doenças renais • Glaucoma • Otite média • Reumatismo / LES, etc. (doença do colágeno) • doença da tireoide • Epilepsia • hepatite • tuberculose • HIV • Outros ()		
Clínicas atualmente atendidas	Não • Sim (departamento na área de assistência médica:)		
Drogas usadas regularmente	Tudo no livro de medicamentos (Sem livro de medicamentos • Sim • Não) Nomes dos medicamentos:		
Histórico de operações cirúrgicas	Não • Sim (Nome das operações:)		
História da radioterapia	Não • Sim (Quando:)		
Histórico de quimioterapia	Não • Sim (Quando:)		
Gravidez / possibilidade de gravidez	Não • Sim (semana de gravidez • possibilidade)		
Amamentação	Não • Sim (amamentação completa • mamadeira • ambos)		