

Case 1

P. 1

高醫牙科門診記錄 (Dental Chart)

病歷號碼 Chart No : XXXXXX Insurance Yes No 一般
 姓名 Name : XXX 性別 Sex : 女 出生日期 Birthday : 53 年 8 月 15 日
 籍貫 Native : 台灣 婚姻狀況: 已婚 未婚 初診日期 First visit: XXXXXX
 Marital status yes no
 職業 Occupation: _____ 電話 Tel: XXXXXX 血型 Blood type: ?
 地址 Address: 屏東縣三朝村鎮東

Medical Alert 醫藥 啤酒 高粱	抽煙 <u>有(yes)</u> , <u>無(no)</u> 多久 _____
	Smoking 每日數量 _____ 包, 目前有, 無抽
	喝酒 <u>有(yes)</u> , <u>無(no)</u> 多久 <u>很久了</u>
	Alcohol 每日數量 <u>不定</u> 瓶, 目前有 <u>無</u> 喝
	吃檳榔 <u>有(yes)</u> , <u>無(no)</u> 多久 _____
Betel quid 每日數量 _____ 顆, 目前有, 無吃	
其他習慣或嗜好 (Other hobbies?) _____	

健康問題：請仔細據實回答下列問題，請於空格處鉤選

健康問題：請仔細據實回答下列問題，請於空格處鉤選	Yes 有	No 無	Unknown 不詳
1. 肝炎或肝病 (hepatitis, liver disease) -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 腫瘤或癌症 (neoplasm, cancer) -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 心臟病, 心律不整 (heart disease, arrhythmia) <u>陽有心悸</u> -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 高血壓 (hypertension, high blood pressure) -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 甲狀腺疾病 (thyroid disease) -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 肺結核 (tuberculosis) -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 腎臟病 (renal disease) -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 糖尿病 (diabetes mellitus) -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 血液疾病 (blood disorder) -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 性病 (sexual transmitted disease) -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 懷孕 (pregnancy currently) -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 您過去有沒有住過院? Have you been hospitalized? ----- 為什麼住院? (Why?) _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 您曾有過過敏的經驗嗎? Do you have drug allergy history? ----- 何種藥物或其他過敏物? (Name of drug) _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 您目前正在服用藥物嗎? (包含情緒及精神方面的藥物) ----- (Do you have medication currently? Include psychiatric drug?) 為什麼服藥 (Why?) _____ 服用多久了 (How long?) _____ 藥名 (Drug name?) _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 您曾經接受過放射線治療嗎? (不含一般檢查用的 X 光) ----- (Do you have received radiotherapy?) 治療部位 (Region?) _____ 治療多久 (How long?) _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 有無任何其他沒有提到的疾病? (Other disease?) ----- 有的話, 是 (yes) _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

請簽名 (Signature) XXX

牙科門診記錄

Chief Complaints: 昨天去LDC就診拍X-ray發現左側下顎後牙區有

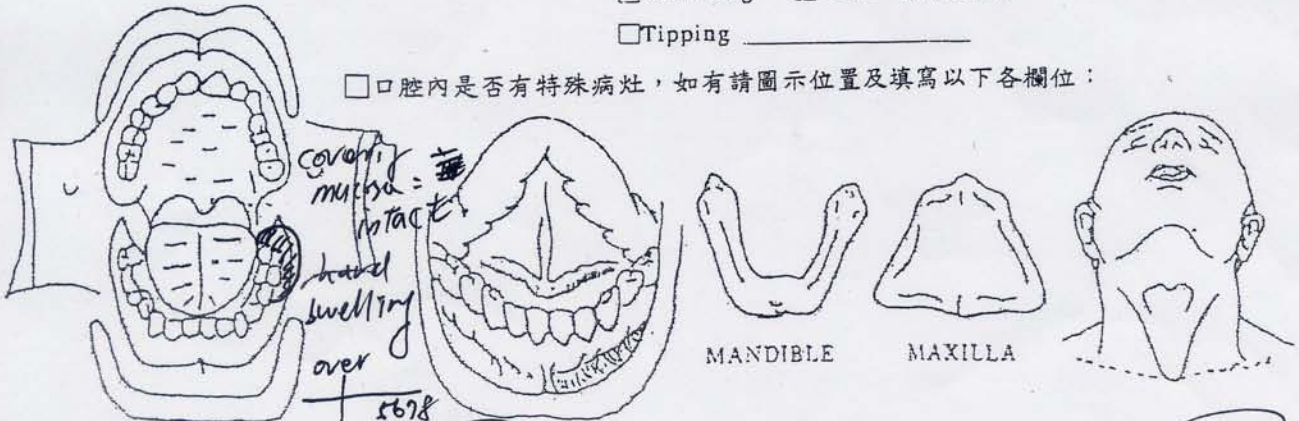
Age	Sex	Date of onset	Character & Location	Refer from	Previous Treatment
42	♀				

此, 42y/o 女性病患昨天因上顎後牙疼痛到LDC尋求治療, 當拍完X-ray後發現下顎後牙區有異常現象, 並且根據病患自訴若在左側下顎部分時會有疼痛感, 並且持續有一斷時間了, 所以今天到我們OPD尋求進一步的評估診斷。

O.F. :

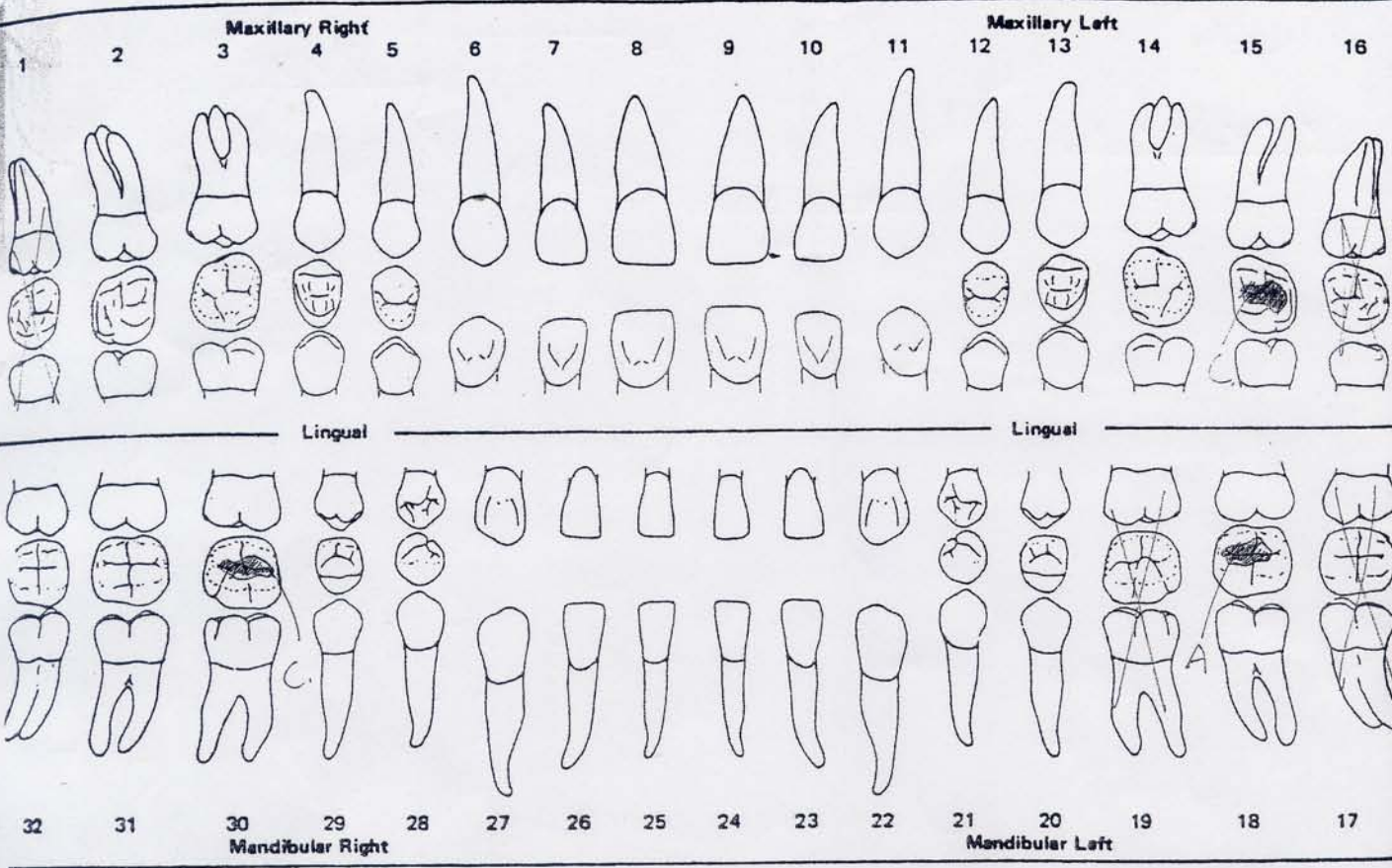
- Character of pain dull sharp throbbing radiated percussion
- Food impaction
- Plaque or calculus deposition
- Gingival swelling
- Gingival bleeding
- Teeth mobility Grade _____
- Abscess formation
- Sensitivity to cold water hot water inhaled air
- Clicking sound from joint (R't, L't)
- Muscle tenderness _____
- Improper restoration C&B RPD CD
- Poor masticatory function
- Poorly phonetic
- Unesthetic teeth or restoration _____
- Diastema or spacing
- Loose C&B _____
- Sharp edge of teeth (trauma to cheek or tongue)
- Facial asymmetry
- Clinical profile straight convex concave
- Occlusion class I class II class III
- Deep bite
- Open bite ant. post.
- Crossbite ant. post.
- Crowding ant. others
- Tipping _____

口腔內是否有特殊病灶, 如有請圖示位置及填寫以下各欄位:

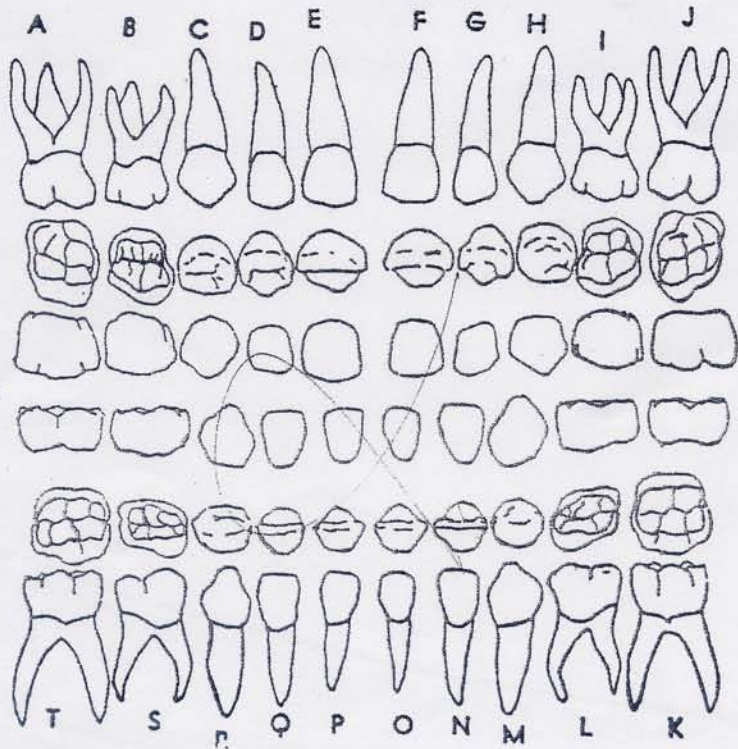


Size: _____ cm Surface: smooth / rough / _____ Base: pedunculated / sessile
 Shape: nodule / dome / polypoid / _____ Color: white / red / yellow / blue / pink
 Consistency: soft / cheesy / rubbery / firm / hard Fluctuation: + (-)?
 Mobility: movable / fixed Pain: + (-)? Tenderness: + (-)?
 Induration: + (-)? Lymphadenopathy: + (-)? specify _____

口腔癌患者, 請務必填寫: TNM:T ___/N ___/M ___ Stage I/II/III/IV



- ← Amalgam
- Composite
- Cement
- Gold Foil
- Porcelain Crown
- Acrylic Face Crown
- Full Gold Crown
- Stainless Steel Crown
- Fixed Bridge
- Removable Partial Denture
- Full Denture



- D--Decay
- R.R. residual root
- X Missing
- + Impacted
- | Unerupted
- ✱ Malposed
- ~ Rotated
- ⤿ Ectopic Eruption
- I: Mobility Grade I
- II: Mobility Grade II
- III: Mobility Grade III

ght

Left





2247
P.S.

高雄醫學大學附設中和紀念醫院