# Medico-Dental Cabinet

## PATIENT MEDICAL QUESTIONNAIRE

This questionnaire is strictly confidential . Thank you for filling it completely in order to treat you better.

SURNAME :í í í í í í í í í í í í í ..FIRSTNAME :í í í í í í í í í í í í
Birth Date :í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í .
Address :í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..
E-mail : í í í í í í í í í í í í í í .
Phone num :í í í í í í í í í í í í í
Health insurance fund : í í í í í í í í ..
Profession :í í í í í í í í í í í í í
Physician :í í í í í í í í í í í í í ..
Purpose of the consultation :í í í í í í ..
Are you sent by : **0** Your doctor
**0** A relation
**0** í í í í ..

**1. General information :**

Were you/are you suffering from one of the following diseases :

**0** Diabetes
**0** Urology
**0**Gastro duodenal
**0** Neurology
**0** Liver/Gallbladder
**0** Asthma
**0** Depression/ Nervous breakdown
**0** Intestinal
**0** Chronic infections
**0** Lung
**0** Heart condition
**0** Rheumatic fever
**0** Heartburn
**0** Ulcer

Have you been irradiated ? **0** Yes **0** No
Do you have any blood disorders ? **0** Yes **0** No

Are you pregnant ? **0** Yes **0** No
If so, birth is scheduled for :í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..

Are you allergic ? **0** Yes **0** No
If so : - to medecine(aspirin, penicillin í ) í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í
- Other : í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..
- Metals :í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í .

Are you dizziness, fainting prone ? **0** Yes **0** No
Do you bleed for a long time in case of cuts ? **0** Yes **0** No

Are you bruises prone? **0** Yes **0** No
Do you practise some sport ? **0** Yes **0** No
Do you smoke ? **0** Yes **0** No
If so, how many cigarettes a day ? í í í í í í í .

**2 . Current treatment**

**0**Anti-inflammatory **0** Antibiotic
**0** Pain killers **0** Antidepressant
**0** Tranquilizers **0** Anti coagulant
**0** Antihypertensive **0** Aspirin

Have you everhad a particular reaction to medicine ? **0** Yes **0** No
Are you under radiological or biological monitoring? **0** Yes **0** No

**3. State dental**

Date of last visit to a dentist ? í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í .
Today you feel - some discomfort ? **0** Yes **0** No
- have a pain ? **0** Yes **0** No
- have an esthetic problem ? **0** Yes **0** No

Do you have any difficulty - eating ? **0** Yes **0** No
- sleeping ? **0** Yes **0** No
- speaking ? **0** Yes **0** No

Have you ever had an X-ray of all your teeth ? **0** Yes **0** No
If so, When ? í í í í í í í í í í í í .

Have you ever had a reaction to local anesthesia ? **0** Yes **0** No

Do you wear a denture ? **0** Yes **0** No

Do you sugger from your gums ? **0** Yes **0** No
Do your gums bleed when you brush ? **0** Yes **0** No
Do you feel that your teeth move ? **0** Yes **0** No
Have your parents lost their teeth due to gum problems ? **0** Yes **0** No
Between meals are you used to :
- Eating sweets ? **0** Yes **0** No
- Chewing gum ? **0** Yes **0** No
- Drinking soft drinks ? **0** Yes **0** No

When do you usually brush your teeth ?.......................................................................

How many times a day ?...........................................................................................

Do you use :  - The Dental floss **0** Yes **0** No
- Interdental brush ? **0** Yes **0** No
- Toothpicks ? **0** Yes **0** No
- A plaque tracer ? **0** Yes **0** No

Your lastest date of scaling **0** 6 months ? **0** 1 year ? **0** 2 years or more ?

Do you suffer fro halitasis ? **0** Yes **0** No

More useful information for your dentist which is not included in this questionnaire :

í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í

Date : Signature :