Date: 05/08/2014 12:58 RN: 000000 Name Staff:

Medical History Form

Please fill in the medical history below:-

We need to know your current health condition, to provive suitable dental care. All the information provided is strictly confidential. If you have any problem, please ask our receptionist for assistant.

(Please fill in ☑ where applicable.)

☐ No,my body and mind are healthy, I do not want to give any information regarding my health, but I insist the dentist to treat me. I agree that in the future if I am not disclose my Medical History voluntaraly, the dentist has no obligation to ask again.

1. Have you ever been hospitalised? ☐Yes ☑ No
   If 'Yes' please give details:
   ☐ Sickness ☐ Operation:
   ☐ Accident/Injury ☐ Childbirth ☐ Other:

2. Do you have or ever had the following diseases or problems? If 'Yes' please specify: ☐Yes ☑ No
   ☐ Heart ☐ Liver ☐ Kidney ☐ Lung
   ☐ Asthma ☐ Blood ☐ G6PD ☐ Jaundice
   ☐ Epilepsy or Fainting ☐ Cancer/ Radiation/Chemotherapy
   ☐ Other please specify:

3. Do you have or ever had diabetes? ☐Yes ☑ No

4. Do you have or ever had high blood pressure? ☐Yes ☑ No

5. Do take medicines regularly (other than tonic)? ☐Yes ☑ No
   If yes, please specify the name of medicines or what are the pourposes:

6. Female:
   6a.) Are you pregnant or expecting a baby? months. ☐Yes ☑ No
   6b.)Are you breastfeeding your baby? mths. ☐Yes ☑ No
   6c.)Are you on the contraceptive pill? ☐Yes ☑ No
   NOTE: If you are likely to be pregnant on you next time to this clinic,plesae let the dentist know immediately.

7. Do you have or ever had any infection disease? ☐Yes ☑ No
   If 'Yes' please give details:
   ☐ Hepatitis B/A ☐ AIDS/ HIV ☐ Tuberculosis (TB)
   ☐ Sexually transmitted diseases (eg. Syphilis, gon
   ☐ SARS ☐ Others:

8. Do you (a)bruise easily or when you are cut? ☐Yes ☑ No
   (b)bleeding excessively when you are cut? ☐Yes ☑ No

9. Do you allergic to anyting? If 'Yes' please specify: ☐Yes ☑ No
   ☐ Medicine: ☐ Metal:
   ☐ Rubber ☐ Food ☐ Others :

10. Do you have the following habit(s)? If 'Yes' please specify: ☐Yes ☑ No
    ☐ Drinking Alcohol ☐ Smoking ☐ Pinang (Betel nut) chewing
    boxes daily

11. Have you encounter any complication or side effect at previous dental treatment? ☐Yes ☑ No
    ☐ Pain ☐ Swelling ☐ Prolonged bleeding
    ☐ Phobia/Afraid ☐ Others:

12. If you have any ailment which are not included above,please inform the dentist:

I further declare that I will report any changes in my health, including any medication taken within the last 14 days, infection diseases, illness, allergies and operation to the dentist whom I may consult from.

For persons under 18 years, parent/guardian will be responsible to report the child's health. The signature of the parent/ guardian affixed here will be taken as consent for treatment.

Signature of

☑ Self
☐ Father/Mother/Guardian

Riwayat Perubatan

Sila isikan sejarah perubatan anda di bawah:-

Kami perlu mengetahui keadaan kesihatan anda yang terkini, kerana ia mungkin mempengaruhi rawatan pergigian yang akan diberikan. Semua maklumat yang anda berikan adalah sulit. Jika ada masalah, sila dapatkanbantuan dari staf di kaunter kami.

Sila isikan ☑ di mana yang sesuai.

Tidak, badan dan rohani saya sihat, saya tidak mahu memberi sebarang maklumat kesihatan,tetapi saya hendak rawatan daripada doktor gigi. Saya setuju bahawa pada masa akan datang, doktor tiada obligasi menanya maklumat kesihatan saya, melainkan saya memberitahu secara sukareka.

1. Anda pernah dihospitalkan? ☐Ya ☑ No
   Kalau 'Ya' sila terangkan:
   ☐ Penyalkit ☐ Pembedahan:
   ☐ Kemalangan/Cedera ☐ Childbirth ☐ Other:

2. Pernah mengidapi/menghadapi penyakit/ masalah berikut? Kalau 'Ya' sila terangkan: ☐Ya ☑ No
   ☐ Jantung ☐ Hati ☐ Ginjal ☐ Paru-paru
   ☐ Asma ☐ Darah ☐ G6PD ☐ Jaundis
   ☐ Epilepsi atau pitam ☐ Kanser/ Radiasi/ Kimoterapi
   ☐ Lain penyakit:

3. Mengidapi diabetes? ☐Ya ☑ No

4. Terdapat tekanan darah tinggi? ☐Ya ☑ No

5. Mengambil/memakan ubat jangka panjang (melainkan tonik)?Kalau 'Ya', sila berikan nama ubat-ubat atau kegunaannya: ☐Ya ☑ No

6. Wanita/Perempuan:
   6a.) Adakan anda mengandung atau jangka mengandung? bulan ☐Ya ☑ No
   6b.)Sedang menyusukan bayi anda? bulan ☐Ya ☑ No
   6c.)Memakan pil kontraseptif(perancangan keluarga)? ☐Ya ☑ No
   Peringatan: Jika anda hamil pada lain kali anda datang ke klinik, sila memberitahu doktor gigi sebelum rawatan dimulakan.

7. Pernah mengidapi penyakit berjangkit? ☐Ya ☑ No
   Kalau 'Ya' sila jelaskan:
   ☐ Hepatitis B/A ☐ AIDS/ HIV ☐ Tuberkulosis (TB)
   ☐ Penyakit kelamin (misalnya. sifilis, gonorea etc.)
   ☐ SARS(Pneumonia akut) ☐ Lain:

8. Adakah anda (a)senang lebam? ataupun ☐Ya ☑ No
   (b)banyak berdarah apabila kena luka? ☐Ya ☑ No

9. Alergi/lelah kepada apa-apa barang? ; ☐Ya ☑ No
   ☐ Ubat: ☐ Logam:
   ☐ Getah ☐ Makanan: ☐ Lain:

10. Anda mempunyai tabiat berikut?Jika 'Ya' sila terangkan : ☐Ya ☑ No
    ☐ Minum arak ☐ Merokok ☐ Makan sirih
    kotak setiap hari.

11. Pernah mengalami kesulitan/komplikasi pada rawatan pergigian terdahulu? ☐Ya ☑ No
    ☐ Sakit ☐ Bengkak ☐ Berdarah berpanjangan
    ☐ Phobia/Takut ☐ Lain:

12. Kalau anda mempunyai sebarang penyakit yang tidak tersenarai di atas, sila beritahu doktor gigi anda:

Saya menyisytiharksn bahawa saya akan melaporkan sebarang perubahan kesihatan saya, termasuk sebarang ubat yang di makan dalam masa 14 hari dahulu, penyakit berjangkit,penyakit, alergi dan pembedahan, kepada doktor gigi yang merawat saya.

Untuk budak/remaja dibawah 18 tahun, ibubapa/penjaga akan bertanggungjawap memberi keterangan kesihatan budak/remaja tersebut.Tandatangan ibubapa/penjaga di borang ini dianggap sebagai persetujuan untuk rawatan budak/remaja tersebut.

Tandatangan
☑ Sendiri
☐ Bapa/Ibu/Penjaga