

Health History – Child

Information is for our records only and will be kept confidential

Patient ID Label

اسم الطفل: _____ / الأخر / الأول / الأوسط / تاريخ اليوم _____

تاريخ الميلاد: _____ الجنس: ذكر أنثى

اسم ولي الأمر _____ الهاتف _____

إذا كان الشخص الذي يملأ هذه الاستمارة ليس هو المريض، فما علاقتك بالمريض؟ _____

اسم الطبيب _____ تاريخ آخر فحص طبي _____

عنوان الطبيب: _____

يرجى سرد كل الأدوية التي يتناولها طفلك حالياً: _____

هل طفلك بصحة جيدة؟ نعم لا

هل أصيب طفلك بأي مرض خطير أو أجرى أي عملية جراحية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما المرض أو العملية؟ _____

هل سبق لطفلك الإصابة بأي من الأمراض أو المشاكل التالية؟ (ضع علامة على المربع للإجابة بنعم)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> تلف صمامات القلب، أو صمامات قلب صناعية | <input type="checkbox"/> التهاب الكبد، الصفراء | <input type="checkbox"/> اضطرابات الدم |
| <input type="checkbox"/> نفخة قلبية | <input type="checkbox"/> السل | <input type="checkbox"/> فيروس نقص المناعة البشرية/إيدز |
| <input type="checkbox"/> عيب خلقي في القلب | <input type="checkbox"/> سعال مستمر | <input type="checkbox"/> اضطراب آخر مثير للمناعة |
| <input type="checkbox"/> حساسية تجاه _____ | <input type="checkbox"/> صرع | <input type="checkbox"/> سهولة التكدم |
| <input type="checkbox"/> مشاكل بالجيوب الأنفية | <input type="checkbox"/> إغماء أو نوبات مرضية | <input type="checkbox"/> دورة الحيض غير منتظمة |
| <input type="checkbox"/> ربو | <input type="checkbox"/> مشاكل نفسية | <input type="checkbox"/> حمل |
| <input type="checkbox"/> حمى القش | <input type="checkbox"/> سرطان | <input type="checkbox"/> نزيف غير طبيعى |
| <input type="checkbox"/> شرى أو طفح جلدي | <input type="checkbox"/> اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط | |
| <input type="checkbox"/> السكري | <input type="checkbox"/> نقل دم | |

هل سبق أن أصيب طفلك بحالات حساسية أو رد فعل مناوئ تجاه أدوية؟ (ضع علامة على المربع للإجابة بنعم)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> كودين أو مخدر آخر | <input type="checkbox"/> البنسيلين | <input type="checkbox"/> التخدير الموضعي |
| <input type="checkbox"/> مسكن ألم للأطفال | <input type="checkbox"/> مضادات حيوية أخرى | <input type="checkbox"/> اليود |
| <input type="checkbox"/> أدوية أخرى | | <input type="checkbox"/> عقاقير السلطا |

هل سبق أن تعرض طفلك لأي متاعب مع علاج أسنان سابق؟ نعم لا
(إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح)

هل طفلك مصاب بأي مرض أو حالة صحية أو تعب آخر وتشعر أنه ينبغي أن نعلم به؟ (إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح)

المعلومات المذكورة أعلاه دقيقة وكاملة حسب علمي. لن أعتبر طبيب أسناني أو أي فرد من موظفيه مسؤولاً عن أي أخطاء أو إغفال قد أكون وقعت فيها عند ملء هذه الاستمارة.

توقيع المترجم الفوري

اسم المترجم الفوري بخط واضح

توقيع ولي الأمر/ الوصي

توقيع طبيب الأسنان/ التاريخ

توقيع طبيب الأسنان/ التاريخ