

نام و نام خانوادگی: سن: شغل: تحصیلات:

آدرس: شماره همراه:

لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید:

ظرف ۲ سال گذشته به چه بیماری مهمی مبتلا شدید:

در حال حاضر چه دارویی مصرف می کنید:

آخرین آزمایش چه زمانی بوده:

حساسیت دارویی: قلبی: فشار خون: رماتیسم: تنفسی:

دیابت: خونریزی غیر قابل کنترل: یرقان: غدد: مفاصل:

مغزی: کلیوی: سل:

در مورد خانم ها: آیا حامله هستید؟ ماه چند:

علت مراجعه:

معاینه کلینیکال:

مخاط حفره دهان:

پریودنتال:

فرمول دندان:

۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸

نوع اکلوزن (TMJ):

تشخیص:

طرح درمان:

فک بالا

فک پایین

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

امضاء بیمار

هزینه ارتودنسی:

امضاء والدین:

امضاء بیمار:

تاریخ	درمان انجام شده	هزینه	پرداخت	باقیمانده