

Medical History Form	Riwayat Perubatan	病历表格
Please fill in the medical history below:- We need to know your current health condition, to provide suitable dental care. All the information provided is strictly confidential. If you have any problem, please ask our receptionist for assistance.	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 dapatkan bantuan dari staf di kaunter kami.	我们需要了解阁下之健康状况，以便在牙齿保健时，能采取最适当之治疗。如有问题请询问柜台的接待员。阁下提供的资料将被视为机密。
(Please fill in where applicable.)	Sila isikan di mana yang sesuai.	
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 voluntarily, the dentist has no obligation to ask again.	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	我们需要了解阁下之健康状况，以便在牙齿保健时，能采取最适当之治疗。如有问题请询问柜台的接待员。阁下提供的资料将被视为机密。解阁下之健康状况，以便在牙齿保健时，能采取最适当之治疗。阁下提供的资料将被视为机密。不愿意提供资料: 我身心健康, 我不愿意提供我的健康资料, 但是医生治疗。我同意以后牙医没有义务询问我的病历, 除非我主动
1. Have you ever been hospitalised? Yes No If 'Yes' please give details Sickness Operation: Accident/Injury Childbirth Other:	1. Anda pernah dihospitalkan? Ya No Kalau 'Ya' sila terangkan: Penyakit Pembedahan: Kemalangan/Cedera Childbirth Other:	1. 您是否住过医院? 若'有'请写明:- 有无 疾病 手术 意外/受伤 生产 其它:
2. Do you have or ever had the following diseases or problems? If 'Yes' please specify: Yes No Heart Live Kidney Lung Asthma Blood G6PD Jaundice Epilepsy or Fainting Cancer/ Radiation/Chemotherapy Other please specify:	2. Pernah mengidapi/menghadapi penyakit/ masalah berikut? Kalau 'Ya' sila terangkan: Jantung Hati Ginjal paru-paru Asma Darah G6PD Jaundis Epilepsi atau pitam kanser/Radiasi/kimoterapi Lain penyakit:	2. 您曾经患过下列的病症/问题吗? 若'有'请写明 心脏病 肝脏病 肾脏病 哮喘 血液病 G6PD 黄疸病 癫痫/昏迷 癌症/电疗/化疗 其它(请写明):
3. Do you have or ever had diabetes? Yes No	3. Mengidapi diabetes? Ya No	3. 您是否有糖尿病? 有无
4. Do you have or ever had high blood pressure? Yes No	4. Terdapat tekanan darah tinggi? Ya No	4. 您是否有高血压? 有无
5. Do take medicines regularly (other than tonic)? Yes No If yes, please specify the name of medicines or what are the purposes:	5. Mengambil/memakan ubat jangka panjang Ya No (melainkan tonik)? Kalau 'Ya', sila berikan nama ubat-ubat atau kegunaannya:	5. 您是否有长期吃药(除了补药/维生素)? 有无 若'有'请写明药名或用处:

<p>6. Female: 6a.) Are you pregnant or expecting a baby?months Yes No 6b.)Are you breastfeeding your baby? Month 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,please let the dentist know immediately.</p>	<p>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(perancanggan keluarga)?Ya No Peringatan: Jika anda hamil pada lain kali anda datang ke klinik, sila memberitahu doktor gigi sebelum rawatan dimulakan.</p>	<p>6.女性: 6a.您是否孕或预备怀孕? 个月 有无 6b. 您是正在怀否正在喂为孩子喝人奶? 个月大 有 无 6c.您是否有吃或使用避孕剂? 有 无 注意: 下一次复诊时有怀孕请告诉牙医。</p>
<p>7. Do you have or ever had any infection disease?Yes No If 'Yes' please give details: Hepatitis AIDS/ HIV Tuberculosis (TB Sexually transmitted diseases (eg. Syphilis, gonorrhoea etc.) SARS Others:</p>	<p>7. Pernah mengidapi penyakit berjangkit?Ya No Kalau 'Ya' sila jelaskan: Hepatitis AIDS/ HIV Tuberculosis (TB) Penyakit kelamin (misalnya. sifilis, gonorea etc.) SARS(Pneumonia akut) Lain:</p>	<p>7.您是否有任何的传染病? 有 无 若'有'请写明:- 肝炎 爱滋病 (AIDS/HIV) 肺结核 (TB) 性病(如:梅毒,淋病等) 嚴重急性呼吸系統綜合症(SARS) 其它(请写明)</p>
<p>8. Do you (a)bruise easily or when you are cut?Yes No (b)bleeding excessively when you are cut?Yes No</p>	<p>8. Adakah anda (a)senang lebam?Ya No Ataupun (b)banyak berdarah apabila kena luka?Ya No</p>	<p>8.您容易有 (a)瘀肿?或 有 无 (b)流血不止吗? 有 无</p>
<p>9. Do you allergic to anything? If 'Yes' please specify:Yes No Medicine: Metal: Rubber Food Others :</p>	<p>9. Alergi/lelah kepada apa-apa barang?Ya No Ubat: Logam: Getah Makanan Lain</p>	<p>9.您有对什么东西过敏/敏感吗? 若'有'请写明:- 有 无 药物: 金属: 橡胶 食物: 其它:</p>
<p>10. Do you have the following habit(s)? If 'Yes' please specify:Yes No Drinking Alcohol Smoking Pinang (Betel nut) chewing</p>	<p>10. Anda mempunyai tabiat berikut?Jika 'Ya' sila terangkan : Minum arak Merokok Makan sirih kotak setiap hari</p>	<p>10.您有下列的习惯吗? 若'有'请写明:- 有 无 喝酒 吸烟 吃檳榔</p>
<p>11. Have you encounter any complication or side effect at previous dental treatment?Yes No Pain Swelling Prolonged Bleeding Phobia/Afraid Others:</p>	<p>11. Pernah mengalami kesulitan/komplikasi pada rawatan pergigian terdahulu?Ya No Sakit Bengkak Berdarah berpanjangan Phobia/Takut Lain:</p>	<p>11.您以前在治疗牙齿是否有任何并发症/问题 若'有'请写明:- 有 无 疼痛 肿胀 流血难止 恐惧症 其它</p>
<p>12. If you have any ailment which are not included above,please inform the dentist:</p>	<p>12. Kalau anda mempunyai sebarang penyakit yang tidak tersenarai di atas, sila beritahu doktor gigi anda:</p>	<p>12.如果您患有上述以外之病痛, 请通知牙医。 录:</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>我会每次治疗前通知我的牙医,关于我最新的健康状况: 疾病, 传染病, 14天所用或吃过的药。 凡十八岁以下, 其父母或监护人将负责向牙医报告孩童之健康状况, 这作为同意接受治疗。</p>
<p>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.</p>	<p>Untuk budak/remaja dibawah 18 tahun, ibubapa/penjaga akan bertanggungjawab memberi keterangan kesihatan budak/remaja tersebut.Tandatangan ibubapa/penjaga di borang ini dianggap sebagai persetujuan untuk rawatan budak/remaja tersebut.</p>	<p>凡十八岁以下, 其父母或监护人将负责向牙医报告孩童之健康状况, 这作为同意接受治疗。</p>

