

BẢNG CÂU HỎI DÀNH CHO BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ

Họ tên: _____ Ngày hôm nay: _____
Ngày sinh: _____ Chiều cao: _____ Cân nặng: _____

1. Lý do đến khám hôm nay? _____

2. Quý vị có bị dị ứng không? Có Không
Nếu có, vui lòng liệt kê dị ứng hoặc nhạy cảm với các loại thuốc, thực phẩm, môi trường, hoặc latex và loại phản ứng:

3. Tiền sử bệnh (vui lòng đánh dấu vào bệnh đã từng mắc phải):

<input type="checkbox"/> Hen suyễn	<input type="checkbox"/> Vấn đề về tiêu hóa	<input type="checkbox"/> Rối loạn tai biến ngập máu
<input type="checkbox"/> Rối loạn chảy máu	<input type="checkbox"/> Bệnh tim	<input type="checkbox"/> Khó thở
<input type="checkbox"/> Bệnh về máu	<input type="checkbox"/> Cao huyết áp	<input type="checkbox"/> Bệnh về da
<input type="checkbox"/> Rối loạn xương	<input type="checkbox"/> Cây thiết bị	<input type="checkbox"/> Đột quỵ
<input type="checkbox"/> Ung thư	<input type="checkbox"/> Bệnh truyền nhiễm	<input type="checkbox"/> Rối loạn tuyến giáp
<input type="checkbox"/> Răng thưa / sút mẻ	<input type="checkbox"/> Bệnh thận	
<input type="checkbox"/> Rối loạn mạch máu collagen	<input type="checkbox"/> Bệnh gan	
<input type="checkbox"/> Răng giả	<input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần	
<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường	<input type="checkbox"/> Đa u tủy	
<input type="checkbox"/> Lọc máu	<input type="checkbox"/> Rối loạn thần kinh	
<input type="checkbox"/> Chóng mặt / ngất xỉu	<input type="checkbox"/> Bệnh phổi	
<input type="checkbox"/> Tiền sử gia đình có vấn đề về gãy mê		<input type="checkbox"/> Tiền sử gia đình về bệnh thận

4. Nhập viện / Phẫu thuật trước đây (Ngày / Liệt kê / Mô tả): _____

5. Thuốc: (bao gồm các loại thuốc không kê toa và chất bổ sung cho chế độ ăn uống)
Quý vị có dùng bất kỳ thuốc làm loãng máu nào trong 10 ngày qua không? Có Không

Tên thuốc	Liều	Số lần	Lần dùng cuối

Quý vị có dùng bất kỳ thuốc giảm đau nào để chuẩn bị cho cuộc khám sức khỏe hôm nay không? CÓ KHÔNG
Nếu có, vui lòng cho biết loại thuốc và liều lượng: _____ Thời gian: _____

6. Quý vị có thực hiện bất kỳ kiểm tra bằng hình ảnh nào gần đây không? Có (liệt kê) _____ Không

7. Quý vị có đang mang thai? Có Không Không áp dụng Kỳ kinh nguyệt cuối _____

Bệnh nhân

Ngày

Nhân viên

Ngày

XEM XÉT TIỀN SỬ BỆNH

(Khi xem xét danh sách sau đây, vui lòng đánh dấu vào bất kỳ vấn đề nào có ảnh hưởng đáng kể đến quý vị).

TIỀN SỬ XÃ HỘI

Quý vị có dùng thức uống chứa caffein? Có Không

Số cốc/ly mỗi ngày? _____

Quý vị có hút thuốc? Có Không Trước đây Cách đây bao lâu? _____

Quý vị có uống rượu? Có Không Số lần/tuần _____

Quý vị có dùng chất ma túy không phải với lý do chữa bệnh? Có
Nếu có, vui lòng liệt kê: _____

Quý vị có thường tập thể dục? Có Không

Loại: _____

Khối lượng mỗi tuần _____

Quý vị ngủ bao nhiêu giờ mỗi tối? _____

Quý vị có ngủ đủ giấc vào buổi tối? Có Không

Khi thức dậy, quý vị có cảm giác thư thái? Có Không

TIỀN SỬ BỆNH LÝ TRƯỚC ĐÂY

Hiện tại, quý vị đang có hoặc quý vị đã từng có: (Đánh dấu nếu "Có")

- | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ung thư | <input type="checkbox"/> Bệnh tim | <input type="checkbox"/> Hen suyễn |
| <input type="checkbox"/> Bướu cổ | <input type="checkbox"/> Bệnh bạch cầu | <input type="checkbox"/> Đột quỵ |
| <input type="checkbox"/> Đục thủy tinh thể | <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường | <input type="checkbox"/> Động kinh |
| <input type="checkbox"/> Loét dạ dày | <input type="checkbox"/> Bệnh vàng da | <input type="checkbox"/> Suy nhược thần kinh |
| <input type="checkbox"/> Bệnh thận | <input type="checkbox"/> Viêm phổi | <input type="checkbox"/> Sốt thấp khớp |
| <input type="checkbox"/> Đau đầu nặng | <input type="checkbox"/> Viêm ruột kết | <input type="checkbox"/> Bệnh vẩy nến |
| <input type="checkbox"/> Thiếu máu | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Cao huyết áp |
| <input type="checkbox"/> Bệnh khí thũng | <input type="checkbox"/> Bệnh tăng nhãn áp | <input type="checkbox"/> Bệnh lao |

Bệnh quan trọng khác (vui lòng liệt kê) _____

Liệu pháp tự nhiên hoặc thay thế (chỉnh hình, nam châm, mát-xa, chế phẩm không cần kê toa...)

CÁC PHẪU THUẬT TRƯỚC ĐÂY

Loại	Năm	Nguyên nhân/Biến chứng
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Trước đây đã từng bị gãy xương? Không Có

Mô tả: _____

Trước đây đã từng bị thương tích nghiêm trọng khác? Không Có

Mô tả: _____

LỊCH SỬ GIA ĐÌNH

NẾU VẪN CÒN SỐNG

NẾU ĐÃ MẤT

	TUỔI	SỨC KHỎE	TUỔI KHI MẤT	NGUYÊN NHÂN
Cha				
Mẹ				

Số anh chị em _____ Số còn sống _____ Số đã mất _____

Số con _____ Số còn sống _____ Số đã mất _____ Liệt kê tuổi của mỗi con _____

Tình trạng sức khỏe của con: _____

Quý vị có biết bất kỳ người họ hàng ruột thịt nào mắc hoặc đã từng mắc: (đánh dấu và cho biết mối quan hệ)

- | | | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ung thư _____ | <input type="checkbox"/> Bệnh tim _____ | <input type="checkbox"/> Sốt thấp khớp _____ | <input type="checkbox"/> Bệnh lao _____ |
| <input type="checkbox"/> Bệnh bạch cầu _____ | <input type="checkbox"/> Cao huyết áp _____ | <input type="checkbox"/> Động kinh _____ | <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường _____ |
| <input type="checkbox"/> Đột quỵ _____ | <input type="checkbox"/> Chứng ưa chảy máu _____ | <input type="checkbox"/> Hen suyễn _____ | <input type="checkbox"/> Bướu cổ _____ |
| <input type="checkbox"/> Viêm ruột kết _____ | <input type="checkbox"/> Nghiện rượu _____ | <input type="checkbox"/> Bệnh vẩy nến _____ | |