

Health History – Adult Patient

Information is for our records only and will be kept confidential

Patient ID Label

TÊN: _____ / _____ / _____ HỒM NAY NGÀY: _____
Họ Tên Tên đệm

NGÀY SINH: _____ GIỚI TÍNH: Nam Nữ

NGƯỜI LIÊN LẠC HOẶC NGƯỜI THÂN GẦN NHẤT: _____ ĐIỆN THOẠI: _____
 Nếu người điền đơn này không phải là bệnh nhân, mối quan hệ của quý vị với bệnh nhân là gì? _____

TÊN BÁC SĨ: _____ NGÀY KIỂM TRA SỨC KHỎE GẦN NHẤT: _____
 ĐỊA CHỈ CỦA BÁC SĨ: _____ ĐIỆN THOẠI: _____

Vui lòng Chọn CÓ hoặc KHÔNG:

- Có Không Quý vị ở tình trạng sức khỏe tốt?
- Có Không Có bất kỳ thay đổi nào về sức khỏe nói chung của quý vị trong năm qua không? Nếu có, đó là gì? _____
- Có Không Quý vị có đang được bác sĩ chăm sóc không? Nếu có, tình trạng bệnh đang được điều trị là gì? _____
- Có Không Quý vị đã từng bị bệnh nặng hoặc phẫu thuật chưa? Nếu có, bệnh hoặc phẫu thuật đó là gì? _____
- Có Không Quý vị có phải nhập viện trong 5 năm qua không? Nếu có, lý do vì sao? _____
- Có Không Bệnh tim mạch (bệnh tim, đau tim, tắc mạch vành, suy mạch vành)
- Có Không Van tim bị hỏng, van tim nhân tạo hoặc tiếng thổi của tim?
- Có Không Quý vị đã bao giờ cần đến truyền máu chưa? Nếu có, hãy giải thích lý do: _____
- Có Không Quý vị có bị rối loạn máu như thiếu máu không?
- Có Không Quý vị đã từng bị phẫu thuật, xạ trị hoặc điều trị bằng thuốc cho khối u, sự phát triển hoặc tình trạng bệnh khác chưa?
- Có Không Quý vị có gặp rắc rối nghiêm trọng nào liên quan đến bất kỳ việc điều trị nha khoa nào trước đây không?
- Có Không Quý vị hiện có đang hoặc đã từng tham gia chương trình cai nghiện ma túy không?
- Có Không Quý vị hiện có sử dụng thuốc kích thích nào không? Nếu có, vui lòng liệt kê: _____
- Có Không Quý vị có đang sử dụng hoặc đã từng sử dụng thuốc điều trị loãng xương (bisphosphonates chẳng hạn như Fosamax)?
- Có Không Quý vị có bị đau ngực khi gắng sức không?
- Có Không Quý vị có sử dụng máy trợ tim không?
- Có Không Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc bệnh ung thư không?
- Có Không Quý vị có làm việc ở bất kỳ vị trí nào phải thường xuyên tiếp xúc với tia X hoặc bức xạ ion hóa khác không?
- Có Không Quý vị có hút thuốc lá không?
- Có Không Quý vị có bất kỳ bệnh, tình trạng hoặc vấn đề nào không được liệt kê ở trên mà quý vị cho rằng tôi nên biết không?
 Nếu có, vui lòng giải thích: _____

Hiện tại quý vị có hoặc đã từng mắc bất kỳ bệnh hoặc vấn đề nào sau đây không? Chọn CÓ hoặc KHÔNG:

- Có Không Bệnh suy giảm miễn dịch hoặc tự miễn dịch như HIV, AIDS hoặc Lupus
- Có Không Bệnh tiểu đường Nếu có, Bệnh có được kiểm soát không? _____ Quý vị bị loại nào? _____
- Có Không Vấn đề về xoang
- Có Không Hen suyễn
- Có Không Viêm khớp Nếu có, loại nào _____
- Có Không Viêm loét dạ dày
- Có Không Vấn đề về thận
- Có Không Bệnh lao

* * * * * *Vui lòng hoàn thành mặt sau* * * * * *

- Có Không Bệnh hoa liễu Nếu có, bệnh gì: _____
- Có Không Chảy máu bất thường liên quan đến nhổ răng, phẫu thuật hoặc chấn thương trước đó
- Có Không Dễ bị bầm tím
- Có Không Huyết áp cao
- Có Không Đột quy
- Có Không Tồn thương tim bẩm sinh
- Có Không Bệnh gan
- Có Không Viêm gan Nếu có, loại nào? _____
- Có Không Ngát xiu, co giật hoặc động kinh

Quý vị có bị **dị ứng** hoặc **phản ứng** bất lợi với bất kỳ thuốc nào sau đây không? Hãy chọn CÓ hoặc KHÔNG

- Có Không Thuốc gây tê cục bộ. Nếu Có, điều gì đã xảy ra? _____
- Có Không Penicillin. Nếu Có, điều gì đã xảy ra? _____
- Có Không Thuốc kháng sinh khác _____. Nếu Có, điều gì đã xảy ra? _____
- Có Không Aspirin. Nếu Có, điều gì đã xảy ra? _____
- Có Không Codein hoặc các thuốc gây nghiện khác. Nếu Có, điều gì đã xảy ra? _____
- Có Không Thuốc an thần, thuốc giảm đau hoặc thuốc ngủ. Nếu Có, điều gì đã xảy ra? _____
- Có Không Latex hoặc cao su tự nhiên. Nếu Có, điều gì đã xảy ra? _____
- Có Không Khác _____. Nếu Có, điều gì đã xảy ra? _____

Vui lòng liệt kê tất cả các thuốc hiện tại **được kê toa** và **không kê toa**:

Tên thuốc (hãy sử dụng thêm giấy nếu cần)	Liều lượng	Dùng theo tần suất nào?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- NỮ**
- Có Không Quý vị có đang mang thai hoặc nghĩ rằng mình có thể có thai không?
Nếu có, ngày dự sinh là ngày nào? _____
- Có Không Quý vị đang cho con bú?
- Có Không Đây có phải là con đầu lòng của quý vị không?

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu những nội dung ở trên, đồng thời xác nhận rằng các câu hỏi của tôi đã được giải đáp và tôi hài lòng với cách giải đáp. Tôi sẽ không yêu cầu nha sĩ của tôi hoặc bất kỳ nhân viên CHC nào chịu trách nhiệm về bất kỳ sai sót/thiếu sót nào mà tôi có thể đã gây ra khi điền vào biểu mẫu này.

Chữ ký của Bệnh nhân/Cha mẹ/Người giám hộ

Chữ ký của Nha sĩ/Bác sĩ vệ sinh

Ngày

Tên thông dịch viên viết hoa

Chữ ký của thông dịch viên