

## Tiền sử sức khỏe của bệnh nhân

(NHI KHOA)

Họ: \_\_\_\_\_ Tên: \_\_\_\_\_ Tên đệm: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_

**Tiền sử bệnh gia đình/cá nhân:** Hãy chọn tất cả những lĩnh vực áp dụng với quý vị hoặc cha/mẹ của quý vị.

Thông tin tiền sử:	Chính quý vị	Mẹ	Cha	Thông tin tiền sử:	Chính quý vị	Mẹ	Cha
ADD/ADHD				Đau đầu/đau nửa đầu			
Chứng nghiện rượu				Khuyết tật tim			
Thiếu máu				HIV			
Viêm khớp				Bệnh thận			
Lo lắng				Vấn đề về sức khỏe tâm thần			
Chấn động/chấn thương ở đầu				Viêm phổi			
Trầm cảm				Động kinh			
Tiểu đường				Nhiễm trùng tụ cầu			
Sử dụng ma túy				Bệnh tuyến giáp			
Nhiễm trùng tai				Nhiễm trùng đường tiết niệu (UTI)			
Eczema				Khác:			

**Thông tin về tiền sử phẫu thuật và nhập viện:**

Ngày	Phẫu thuật/Mổ xẻ/Bệnh viện

**Thông tin về mọi loại thuốc bệnh nhân dùng:**

Tên thuốc	Liều dùng	Bao nhiêu lần một ngày

**Môi trường ở nhà:**

Quý vị có cảm thấy an toàn ở nhà mình không? Có  Không

Quý vị có cảm thấy gia đình mình có đủ ăn? Có  Không

**Chỉ áp dụng với phụ nữ:**

Quý vị đã từng có kinh nguyệt chưa? Rồi  Chưa

Nếu có, kỳ kinh nguyệt đầu tiên là lúc mấy tuổi? \_\_\_\_\_

Hoàn thành bởi: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

# Tiền sử sức khỏe của bệnh nhân

(NGƯỜI LỚN)

Họ: \_\_\_\_\_ Tên: \_\_\_\_\_ Tên đệm: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_

**Nếu quý vị đang dùng thuốc, hãy cung cấp thông tin về chúng ở bên dưới:**

Tên thuốc	Liều dùng	Bao nhiêu lần một ngày

**Tiền sử bệnh gia đình/cá nhân:** Hãy chọn tất cả những lĩnh vực áp dụng với quý vị hoặc cha/mẹ của quý vị.

Thông tin tiền sử:	Chính quý vị	Mẹ	Cha	Thông tin tiền sử:	Chính quý vị	Mẹ	Cha
ADD/ADHD				GERD/Ợ nóng			
Chứng nghiện rượu				Đau đầu/đau nửa đầu			
Bệnh mất trí nhớ				Bệnh tim			
Thiếu máu				Bệnh viêm gan/Bệnh gan			
Lo lắng				Cholesterol cao			
Viêm khớp				Huyết áp cao (tăng huyết áp)			
Hen suyễn				HIV			
Cục máu đông				Bệnh tâm thần/rối loạn tâm thần			
Ung thư				Béo phì			
COPD				Loãng xương			
Trầm cảm				Bệnh thận			
Tiểu đường				Động kinh			
Sử dụng ma túy				Tai biến mạch máu não (CVA)			
Chất béo cao				Bệnh tuyến giáp			
Bệnh túi mật				Khác:			

**Thông tin về tiền sử phẫu thuật và nhập viện:**

Ngày	Phẫu thuật/Mổ xẻ/Bệnh viện

Quý vị có uống rượu không? Có  Không

Nếu quý vị đã từng uống rượu, quý vị dừng uống khi nào? \_\_\_\_\_

Quý vị hiện có đang sử dụng bất kỳ loại ma túy nào (bao gồm cả cần sa) không? Có  Không

Nếu có thì loại nào? \_\_\_\_\_

**Môi trường ở nhà:**

Quý vị có cảm thấy an toàn ở nhà mình không? Có  Không

Hoàn thành bởi: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_