

Chào mừng đến văn phòng của chúng tôi. Vui lòng giúp chúng tôi điền vào hồ sơ y khoa của quý vị bằng cách cung cấp thông tin dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về mẫu đơn này, vui lòng thảo luận với tiếp tân, y tá hoặc bác sĩ.

TÊN _____ **NGÀY SINH** _____ **NGÀY** _____

Thuốc đang dùng với các liều:

Thuốc kê toa	1	_____	6	_____
	2	_____	7	_____
	3	_____	8	_____
	4	_____	9	_____
	5	_____	10	_____
Thuốc không kê toa:	1	_____	3	_____
	2	_____	4	_____

Quý vị Có bị Dị ứng với Những thứ Sau đây không?

Thuốc	1	_____	3	_____
	2	_____	4	_____
Thực phẩm hoặc chất khác:	1	_____	2	_____

Tiền sử Y khoa (Quý vị có tiền sử với những bệnh sau đây không)

	Có	Không		Có	Không
Nghiện rượu	_____	_____	Viêm gan	_____	_____
Thiếu máu	_____	_____	Cao huyết áp	_____	_____
Viêm khớp	_____	_____	Bệnh/Sỏi thận	_____	_____
Suyễn	_____	_____	Bệnh gan	_____	_____
Vấn đề chảy máu	_____	_____	Bệnh phổi	_____	_____
Đông máu	_____	_____	Bệnh tâm thần	_____	_____
Truyền máu	_____	_____	Nhức nửa đầu	_____	_____
Ung thư	_____	_____	Loãng xương	_____	_____
Tăng Cholesterol	_____	_____	Viêm phổi	_____	_____
Trầm cảm	_____	_____	Động kinh	_____	_____
Tiểu đường	_____	_____	Đột quỵ	_____	_____
Nghiện ma túy	_____	_____	Bệnh tuyến giáp	_____	_____
Sỏi mật	_____	_____	Lao	_____	_____
Glô com	_____	_____	Lở loét	_____	_____
Bệnh tim	_____	_____	Khác: _____	_____	_____

Bệnh Trẻ em

	Có	Không		Có	Không
Thủy đậu	_____	_____	Ho gà	_____	_____
Sởi	_____	_____	Ban đỏ	_____	_____
Quai bị	_____	_____	Sốt thấp khớp	_____	_____

Tiền sử phẫu thuật và sinh thiết (Vui lòng liệt kê ngày)

1 _____ 3 _____
 2 _____ 4 _____

Nhập viện (Vui lòng liệt kê ngày)

1 _____ 3 _____
 2 _____ 4 _____

Tiền sử Phụ khoa

Số lần: Mang thai _____ Sinh _____ Sảy thai _____ Nạo thai _____

Tuổi có kinh lần đầu _____ Tuổi mãn kinh _____

Quý vị có tự khám vú hàng tháng không? Có _____ Không _____

Vui lòng liệt kê có hoặc không nếu quý vị đã từng:

	Có	Không		Có	Không
X-quang vú Bất thường	_____	_____	Điều trị thay thế hormon	_____	_____
Xét nghiệm bap bất thường	_____	_____	Thuốc ngừa thai uống	_____	_____
Phơi nhiễm DES	_____	_____	Bệnh lây truyền qua đường tình dục	_____	_____
Lạc nội mạc tử cung	_____	_____	Bệnh viêm xương chậu	_____	_____
Cắt tử cung	_____	_____	U xơ tử cung	_____	_____

Lối sống

Nghề nghiệp _____

Quý vị có bao giờ phơi nhiễm với:

	Có	Không		Có	Không
Amiăng	_____	_____	Bức xạ	_____	_____
Khói thuốc lá	_____	_____	Hóa chất	_____	_____

Hút thuốc lá

Quý vị có bao giờ hút thuốc lá không? _____

Nếu có, quý vị bắt đầu hút thuốc lá từ mấy tuổi _____

Nếu quý vị đã từng hút thuốc lá, thì quý vị bỏ thuốc lá khi nào? _____

Quý vị đã hoặc đang hút bao nhiêu gói mỗi ngày? _____

Rượu:

Bao nhiêu lần một tuần? _____

Caffein:

Bao nhiêu ly thức uống chứa caffein mỗi ngày? _____

Quý vị có:	Có	Không		Có	Không
Sử dụng ma túy không	_____	_____	Sử dụng thuốc chống nắng không	_____	_____
Tập thể dục thường xuyên không	_____	_____	Sử dụng nịt khi ngồi không	_____	_____

Tiền sử Gia đình

Vui lòng liệt kê tuổi và tình trạng sức khỏe:

Cha _____ Mẹ _____
Anh em trai _____
Chị em gái _____
Con trai _____
Con gái _____
Ông (nội, ngoại) _____
Bà (nội, ngoại) _____

Vui lòng liệt kê có hoặc không có người thân trực hệ nào bị bệnh dưới đây. Nếu có, chỉ ra người thân nào (tức là, dì, bác)

	Có	Không		Có	Không
Nghiện rượu	_____	_____	Ung thư bạch cầu	_____	_____
Thiếu máu	_____	_____	Bệnh gan	_____	_____
Viêm khớp	_____	_____	Ung thư phổi	_____	_____
Suyễn	_____	_____	U lymphô bào	_____	_____
Vấn đề chảy máu	_____	_____	U hắc tố bào	_____	_____
Ung thư vú	_____	_____	Bệnh tâm thần	_____	_____
Ung thư ruột	_____	_____	Nhức nửa đầu	_____	_____
Tăng cholesterol	_____	_____	Loãng xương	_____	_____
Trầm cảm	_____	_____	Ung thư buồng trứng	_____	_____
Tiểu đường	_____	_____	Ung thư tuyến tiền liệt	_____	_____
Bệnh tim	_____	_____	Ung thư da	_____	_____
Viêm gan	_____	_____	Đột quy	_____	_____
Cao huyết áp	_____	_____	Lao	_____	_____
Bệnh Hodgkin	_____	_____	Lở loét	_____	_____
Bệnh thận	_____	_____	Khác: _____	_____	_____

Tiền sử Sức khỏe Phòng ngừa

Chủng ngừa (Vui lòng liệt kê ngày)

Chủng ngừa cúm _____
Viêm gan A _____
Viêm gan B _____
Sởi (MMR) _____
Phế cầu _____
Uốn ván _____

Vui lòng liệt kê ngày làm lần cuối:

Xét nghiệm Pap _____
X-quang vú _____
Nội soi trực tràng sigma _____
Khám mắt _____
Khám tuyến tiền liệt _____
Cholesterol _____
Thử lao trên Da _____

Kiểm tra các Triệu chứng (Vui lòng liệt kê có hoặc không nếu quý vị quan tâm những điều sau)

	Có	Không		Có	Không
Chung			Tiêu hóa		
Giảm cân	_____	_____	Khó nuốt	_____	_____
Tăng cân	_____	_____	Nôn	_____	_____
Sốt	_____	_____	Buồn nôn	_____	_____
Ra mồ hôi	_____	_____	Đau bụng	_____	_____
Sưng hạch	_____	_____	Táo bón	_____	_____
chán ăn	_____	_____	Tiêu chảy	_____	_____
Mệt mỏi	_____	_____	Thay đổi thói quen đại tiện	_____	_____
Da			Phân có máu	_____	_____
Nổi mẩn	_____	_____	Trĩ	_____	_____
Bầm tím	_____	_____	Vàng da	_____	_____
Thay đổi tàn nhang	_____	_____	Tiết niệu		
Mắt			Tiểu ra máu	_____	_____
Mờ mắt	_____	_____	Tiểu đau	_____	_____
Đỏ mắt	_____	_____	Són tiểu	_____	_____
Nhìn đôi	_____	_____	Phụ khoa		
Mù	_____	_____	Tiết dịch âm đạo	_____	_____
Đau mắt	_____	_____	Đa kinh	_____	_____
Tai			Ra máu giữa các kỳ kinh	_____	_____
Điếc	_____	_____	Cơ xương		
Chảy mủ tai	_____	_____	Đau hoặc sưng khớp	_____	_____
Đau tai	_____	_____	Đau lưng	_____	_____
Ù tai	_____	_____	Sưng chân	_____	_____
Mũi & Họng			Vọp bẻ/chuột rút	_____	_____
Đau xoang	_____	_____	Thần kinh		
Khàn giọng	_____	_____	Nhức đầu	_____	_____
Sưng họng	_____	_____	Suy nhược	_____	_____
Phổi			Cơ ngất	_____	_____
Khó thở	_____	_____	Cơ choáng	_____	_____
Ho	_____	_____	Mất trí nhớ	_____	_____
Ho ra máu	_____	_____	Liệt	_____	_____
Thở khò khè	_____	_____	Động kinh	_____	_____
Tim			Mất điều hòa	_____	_____
Tức ngực	_____	_____	Cà lăm/nói lắp	_____	_____
Hồi hộp	_____	_____	Tâm thần		
Sưng mắt cá	_____	_____	Lo âu	_____	_____
Ngực			Trầm cảm	_____	_____
Bướu	_____	_____	Rối loạn giấc ngủ	_____	_____
Đau	_____	_____			
Tiết dịch núm vú	_____	_____			