

Ngày (Date): \_\_\_\_\_

Tên và Họ (First and Last): \_\_\_\_\_

Ngày sinh nhật (DOB) : \_\_\_\_\_



**LỊCH SỬ SỨC KHỎE CÁ NHÂN ( Personal Health History)**

QUÝ VỊ ĐÃ TỪNG CÓ:	CÓ	KHÔNG	Giải thích	SỨC KHỎE TỔNG QUÁT (Bệnh)	CÓ	KHÔNG	Giải thích
Nằm bệnh viện (Hospitalization)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bệnh tâm thần (Mental Illness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phẫu thuật (Surgeries)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bệnh tim (Heart)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phẫu thuật mắt (Eye Surgeries)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tai / Mũi / Cổ họng (Ear/Nose/Throat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bệnh về mắt / Bị thương (Eye disease/Injury)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Phổi (Lung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Huyết áp cao (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dạ dày (Stomach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bệnh tim (Heart Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Thận (Kidney)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tai Biến Mạch Máu (Stroke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cơ bắp / Xương (Muscles/Bones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bệnh Tiểu Đường (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dây thần kinh (Nerves)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nhức đầu (Migraines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sức đề kháng (Hormones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bệnh Ung Thư (Cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Loại khác (Other) _____			
Khó thở (Breathing Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>ĐỜI SỐNG (LIFESTYLE)</b>			

**LỊCH SỬ BỆNH LÝ TRONG GIA ĐÌNH (FAMIL MEDICAL HISTORY)**

Có / Đã có:	CÓ	KHÔNG	Ai?	Quý vị có	CÓ	KHÔNG	Bao lâu?
Tập thể dục (Exercise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tập thể dục (Exercise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tăng Nhãn Áp (Glaucoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Uống rượu (Drink Alcohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cườm (Cataract)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hút thuốc lá (Smoke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mù mắt (Blindness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ma túy (Drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bong Vỡ Mạc (Retinal Detachment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sống độc thân (Live Alone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bệnh Tiểu Đường (DM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lái xe (Drive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bệnh tim (Heart)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nghề Nghiệp (Occupation)			
Loại khác (Other) _____				Du lịch gần nhất (Recent Trips)			

**THUỐC HIỆN TẠI (CURRENT MEDICATION)**

**DỊ ỨNG THUỐC (MEDICATION ALLERGIES)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				Quý vị có	CÓ	KHÔNG	Tên và Phản ứng (Name & Reaction)		
				Dị ứng thuốc (Medical Allergy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<b>THUỐC NHỎ MẮT (EYE MEDICATION)</b>					
				1					
				2					
				3					
				4					
				5					

Sử dụng phía sau để viết thêm