

# TIỂU SỬ BỆNH LÝ

TÊN: \_\_\_\_\_ HỌ: \_\_\_\_\_ TÊN LÓT: \_\_\_\_\_ NGÀY SINH: \_ \_ \_ \_ \_

:

ĐÁNH VÒNG TRÒN CÂU TRẢ LỜI. NẾU KHÔNG BIẾT XIN HÃY VIẾT KHÔNG BIẾT NGAY SAU CÂU HỎI

1. Tên bác sĩ gia đình: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_
2. Hiện có đang đi khám bệnh ở bác sĩ nào không? CÓ KHÔNG  
Từ khi nào \_\_\_\_\_ về bệnh gì \_\_\_\_\_
3. Lần khám tổng quát sau cùng là khi nào? \_\_\_\_\_
4. Hiện có đang uống thuốc gì không? \_\_\_\_\_ CÓ KHÔNG  
(Nếu có xin ghi tên thuốc ở phần bên cạnh.)  
Hiện có đang uống thuốc Fosamax hay Alendronate  
(thuốc cho rỗng xương) \_\_\_\_\_ CÓ KHÔNG
5. Có thường xuyên uống thuốc bổ không? CÓ KHÔNG
6. Có dị ứng với loại thuốc nào không? ..... CÓ KHÔNG
7. Có những dị ứng khác không? ..... CÓ KHÔNG
8. Có bị phản ứng với thuốc penicillin \_\_\_\_\_ CÓ KHÔNG
9. Có dị ứng với kim loại, hay nhựa (latex) không? CÓ KHÔNG
10. Đang có thai hoặc có thể có? ..... CÓ KHÔNG
11. Có dùng thuốc ngừa thai không? ..... CÓ KHÔNG
12. Có từng được trị bệnh tim hay được  
cho biết là có thể bị bệnh tim? \_\_\_\_\_ CÓ KHÔNG
13. Có máy trợ tim (pacemaker)  
hoặc có van tim giả không? \_\_\_\_\_ CÓ KHÔNG
14. Có từng bị sốt thấp khớp (rheumatic fever)? ... CÓ KHÔNG
15. Có bị hở van tim không (heart murmurs)? ..... CÓ KHÔNG
16. Có bị huyết áp cao hay thấp không? ..... CÓ KHÔNG
17. Có từng bị bệnh nặng hay bị giải phẫu không? CÓ KHÔNG
18. Có từng được điều trị bằng X-Quang  
hay thuốc điều trị ung thư không? ..... CÓ KHÔNG
19. Có bị viêm hay thấp khớp không? ..... CÓ KHÔNG
20. Có nổi khớp xương giả hay không? ..... CÓ KHÔNG
21. Có bị bệnh về máu (ung thư, thiếu máu)? ..... CÓ KHÔNG
22. Có chảy máu nhiều khi bị đứt tay? ..... CÓ KHÔNG
23. Có bị bệnh bao tử không? ..... CÓ KHÔNG
24. Có bị bệnh thận không? ..... CÓ KHÔNG
25. Có bị bệnh gan không?? ..... CÓ KHÔNG
26. Có bị bệnh tiểu đường không? .... CÓ KHÔNG
27. Có bị bệnh tuyến không? ..... CÓ KHÔNG
28. Có bị bệnh kinh phong không? ..... CÓ KHÔNG
29. Có bị bệnh Giang Mai hay Hoa liễu không? ..... CÓ KHÔNG
30. Có từng thử HIV bị dương tính không? ..... CÓ KHÔNG
31. Có bị AIDS không? ..... CÓ KHÔNG
32. Có bệnh viêm gan hay bị dương tính? CÓ KHÔNG
33. Có bị bệnh lao phổi không? ..... CÓ KHÔNG
34. Có hút thuốc không? ..... CÓ KHÔNG
35. Có uống bia, rượu không? ..... CÓ KHÔNG
36. Có dùng thuốc cần phải có toa bác sĩ không? CÓ KHÔNG
37. Có từng được điều trị về bệnh tâm thần không? CÓ KHÔNG
38. Có từng uống thuốc fenfluramine hoặc kết hợp  
với phen-termine (fen-phen), dexfenfluramine  
(reduct) hoặc thuốc giúp giảm cân không? ..... CÓ KHÔNG
39. Có bị bệnh gì hoặc tình trạng sức khỏe  
nào mà không có nêu trên không? \_\_\_\_\_ CÓ KHÔNG  
Nếu có, xin ghi ra \_\_\_\_\_
40. Có vấn đề gì khác về sức khỏe của quý vị  
mà cần cho chúng tôi biết không? \_\_\_\_\_ CÓ KHÔNG

Có thay đổi tình trạng sức khỏe? \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Bệnh nhân ký tên \_\_\_\_\_

Có thay đổi tình trạng sức khỏe? \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Bệnh nhân ký tên \_\_\_\_\_

Có thay đổi tình trạng sức khỏe? \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Bệnh nhân ký tên \_\_\_\_\_

Có thay đổi tình trạng sức khỏe? \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Bệnh nhân ký tên \_\_\_\_\_

TÔI XÁC NHẬN ĐÃ CUNG CẤP ĐẦY ĐỦ VÀ CHÍNH XÁC VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA TÔI.

KÝ TÊN (Bệnh nhân/người bảo hộ) \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_