

Lịch sử sức khỏe bệnh nhân mới

Tên _____ DOB _____ Ngày _____

Lịch sử xã hội

Nghề nghiệp: _____

Người thuê lao động: _____

Bằng cấp / Trình độ học vấn cao nhất: _____

Tình trạng hôn nhân (khoanh tròn một):

Đơn Bạn đồng hành Cưới nhau Đã ly hôn Góa chồng

Tên Vợ / Chồng / Đối tác: _____

Số trẻ em: _____

Số cháu lớn: _____

Số cháu chất: _____

Ai sống ở nhà với bạn? _____

Chức năng: độc lập, trợ lý tối thiểu, trợ lý vừa phải, trợ lý đầy đủ

Trong 12 tháng qua, mùa thu nào?

Vâng Bao nhiêu? _____

Không

Sử dụng thuốc lá

Người hút thuốc lá? (khoanh tròn một)

Vâng

Không

Không bao giờ

Nếu không:

Bạn có bao giờ? _____

Vâng

Không

Nếu có:

Ngày ngừng hoạt động: _____

Bao nhiêu năm? _____

Gói / ngày: _____

Sử dụng thuốc lá khác (khoanh tròn một):

Đường ống

Điếu xì gà

Snuff

Nhai

Sử dụng rượu:

Bạn có uống rượu không?

Vâng

Không

Số lượng đồ uống mỗi tuần: _____

Thể loại? (khoanh tròn một)

Bia

Rượu

Rượu

Sử dụng ma túy

Bạn có sử dụng cần sa hoặc các loại thuốc tiêu khiển khác không? (khoanh tròn một)

Vâng

Không

Bạn đã bao giờ sử dụng kim tiêm để tiêm thuốc chưa? (khoanh tròn một)

Vâng

Không

Lịch sử bác sĩ

Bạn đã từng gặp các bác sĩ khác chưa? Nếu vậy, nhà cung cấp nào? _____

Trong 2 tuần qua, bạn có bị làm phiền bởi:

Cảm thấy buồn hoặc trống rỗng

Vâng

Không

Ít quan tâm đến các hoạt động hàng ngày

Vâng

Không

Cảm giác vô dụng

Vâng

Không

Nước mắt

Vâng

Không

Khả năng suy nghĩ hoặc tập trung kém

Vâng

Không

Suy nghĩ về cái chết hoặc tự tử

Vâng

Không

Giảm hoặc tăng cân khi không ăn kiêng

Vâng

Không

Tên _____ DOB _____ Ngày _____

Bạn có bị dị ứng với thuốc không? Vâng Không

Nếu có, các loại thuốc và phản ứng của bạn là gì: _____

Sàng lọc Phòng ngừa (Vui lòng khoanh tròn Có hoặc Không)

Nội soi đại tràng	Vâng	Khi nào _____
Chụp quang tuyến vú	Vâng	Khi nào _____
Bắn viêm phổi	Vâng	Khi nào _____
Tiêm phòng cúm	Vâng	Khi nào _____
Phết tế bào cổ tử cung	Vâng	Khi nào _____
Khám mắt bệnh tiểu đường	Vâng	Khi nào _____
Vật lý hàng năm cuối cùng	Vâng	Khi nào _____

Tên _____ DOB _____ Ngày _____

Tiền sử y tế cá nhân: Bạn có bây giờ hoặc trước đây có bất kỳ điều nào sau đây không?

Sự lo ngại	Vâng	Không	Suy giáp / cường giáp	Vâng	Không
Bệnh hen suyễn	Vâng	Không	Bệnh tim	Vâng	Không
Viêm khớp	Vâng	Không	Thế loại: _____		
Thế loại: _____			Bệnh tiểu đường	Vâng	Không

Vấn đề về bàng quang / thận	Vâng	Không	Thế loại: _____		
Cục máu đông	Vâng	Không	Ợ nóng	Vâng	Không
Ở đâu: _____			Tăng huyết áp	Vâng	Không
Bệnh ung thư	Vâng	Không	Bệnh Gout	Vâng	Không
* Nếu có, thì loại nào: _____			Cholesterol cao	Vâng	Không
Ở đâu: _____			Bệnh gan	Vâng	Không

Lịch sử y tế gia đình

			Thế loại/Ở đâu	Thành viên trong gia đình
đình			_____	_____
Lạm dụng rượu / ma túy	Vâng	Không	_____	_____
Dị ứng	Vâng	Không	_____	_____
Sự lo ngại	Vâng	Không	_____	_____
Bệnh hen suyễn	Vâng	Không	_____	_____
Viêm khớp	Vâng	Không	_____	_____
Vấn đề về bàng quang / thận	Vâng	Không	_____	_____
Cục máu đông	Vâng	Không	_____	_____
Bệnh ung thư	Vâng	Không	_____	_____
Suy giáp / cường giáp	Vâng	Không	_____	_____
Bệnh tim	Vâng	Không	_____	_____
Bệnh tiểu đường	Vâng	Không	_____	_____
Ợ nóng	Vâng	Không	_____	_____
Tăng huyết áp	Vâng	Không	_____	_____
Bệnh Gout	Vâng	Không	_____	_____
Cholesterol cao	Vâng	Không	_____	_____
Bệnh gan	Vâng	Không	_____	_____

Lịch sử phẫu thuật: Bạn đã bao giờ phẫu thuật / thủ thuật vì bất kỳ lý do nào trong số này chưa? (khoanh tròn một)

ruột thừa	Vâng	Không	Năm: _____	Thắt ống song phương (Ống buộc)	Vâng	Không	Năm: _____
Trở lại	Vâng	Không	Năm: _____	Cắt bỏ túi mật	Vâng	Không	Năm: _____
Trái tim	Vâng	Không	Năm: _____	Phẫu thuật ngực	Vâng	Không	Năm: _____
Hông	Vâng	Không	Năm: _____	Cắt amidan	Vâng	Không	Năm: _____
Cắt bỏ tử cung	Vâng	Không	Năm: _____	Sửa chữa thoát vị	Vâng	Không	Năm: _____
C-Section	Vâng	Không	Năm: _____	Khác:	Vâng	Không	Năm: _____

Vui lòng viết ra bất kỳ / tất cả các loại thuốc, liều lượng và hướng dẫn sử dụng hiện tại.

Thuốc

Liều lượng

Hướng

Tên _____ DOB _____ Ngày _____
