

# BỆNH SỬ HEALTH HISTORY

VIETNAMESE

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Ngày Sinh \_\_\_\_\_

## I. XIN KHOANH VÀO CÁC CÂU TRẢ LỜI THÍCH HỢP (Bỏ trống những câu nào không hiểu rõ):

- Có Không Sức khỏe tổng quát của Ông (Bà) có tốt không?
- Có Không Trong vòng một năm qua tình trạng sức khỏe có gì thay đổi không?
- Có Không Trong ba năm qua Ông (Bà) có nằm bệnh viện hoặc bị bệnh trầm trọng không? Nếu có thì tại sao? \_\_\_\_\_  
Nếu có thì tại sao? \_\_\_\_\_
- Có Không Ông (Bà) có đang được điều trị với một bác sĩ y khoa không? Nếu có thì bệnh gì? \_\_\_\_\_  
Lần khám bệnh chót ngày: \_\_\_\_\_ Lần khám răng chót ngày: \_\_\_\_\_
- Có Không Trong việc chữa răng đây có tai biến trực tiếp gì không?
- Có Không Bây giờ Ông (Bà) có đang đau nhức răng không?

## II. ÔNG (BÀ) CÓ TỪNG BỊ CÁC TRIỆU CHỨNG:

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 7. Có Không Đau thắt ngực?                     | 18. Có Không Chóng mặt?           |
| 8. Có Không Sưng phù mắt cá?                   | 19. Có Không Û tai?               |
| 9. Có Không Khó thở?                           | 20. Có Không Nhức đầu?            |
| 10. Có Không Sụt cân, sốt, đổ mồ hôi ban đêm?  | 21. Có Không Ngất xỉu?            |
| 11. Có Không Ho kéo dài, ho ra máu?            | 22. Có Không Mắt mờ?              |
| 12. Có Không Hay bị chảy máu, bầm tím dễ dàng? | 23. Có Không Co giật kinh phong?  |
| 13. Có Không Đau xoang mũi?                    | 24. Có Không Khát nước quá độ?    |
| 14. Có Không Khó nuốt?                         | 25. Có Không Đi tiểu liên tục?    |
| 15. Có Không Tiêu chảy, táo bón, phân lẫn máu? | 26. Có Không Miệng khô?           |
| 16. Có Không Nôn mửa thường xuyên?             | 27. Có Không Vàng da?             |
| 17. Có Không Khó tiểu, máu trong nước tiểu?    | 28. Có Không Đau cứng khớp xương? |

## III. ÔNG (BÀ) ĐÃ HAY ĐANG BỊ CÁC BỆNH:

- |  |   |
|--|---|
| 29. Có Không Bệnh tim?   | 40. Có Không Hội chứng suy miễn nhiễm cấp tính hoặc AIDS? |
| 30. Có Không Con nghén máu tim, khuyết tật tim?                                | 41. Có Không U bướu ung thư?                              |
| 31. Có Không Tim có tiếng thổi?  | 42. Có Không Viêm khớp, thấp khớp?                        |
| 32. Có Không Sốt thấp khớp?  | 43. Có Không Bệnh mắt?                                    |
| 33. Có Không Bệnh xơ nghén mạch máu?   | 44. Có Không Bệnh ngoài da?                               |
| 34. Có Không Bệnh cao huyết áp?  | 45. Có Không Bệnh thiếu máu?                              |
| 35. Có Không Lao phổi, khí thũng, phổi khác?                                   | 46. Có Không Bệnh hoa liễu?                               |
| 36. Có Không Viêm gan hoặc các bệnh gan khác?                                  | 47. Có Không Bệnh mụn nước herpes?                        |
| 37. Có Không Các chứng đau bao tử?   | 48. Có Không Bệnh thần, bông đái?                         |
| 38. Có Không Dị ứng với thuốc men, thực phẩm?                                  | 49. Có Không Bệnh tuyến giáp trạng, thượng thận?          |
| 39. Có Không Trong gia đình họ hàng có ai bị tiểu đường, đau tim, bứu ung thư? | 50. Có Không Bệnh tiểu đường?                             |

## IV. ÔNG (BÀ) ĐÃ HAY ĐANG ĐƯỢC TRỊ LIỆU BẰNG CÁCH:

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 51. Có Không Trị liệu tâm thần?    | 56. Có Không Nằm Bệnh Viện?              |
| 52. Có Không Trị liệu quang tuyến? | 57. Có Không Truyền máu?                 |
| 53. Có Không Hóa học liệu pháp?    | 58. Có Không Giải phẫu?                  |
| 54. Có Không Van tim nhân tạo?     | 59. Có Không Mang máy điều hòa nhịp tim? |
| 55. Có Không Khớp xương nhân tạo?  | 60. Có Không Kính mắt đeo sát trong?     |

## V. ÔNG (BÀ) CÓ ĐANG DÙNG:

- |  |  |
|--|--|
| 61. Có Không Cần sa, ma túy, á phiện?                                  | 63. Có Không Thuốc lá (mọi hình thức)? |
| 62. Có Không Thuốc men, dược phẩm (kể cả ASPIRIN)?<br>Xin kể ra: _____ | 64. Có Không Rượu?                     |

## VI. RIÊNG CHO QUÝ BÀ:

- |   |   |
|---|---|
| 65. Có Không Bà đang (hoặc nghi ngờ) có thai hay đang cho con bú sữa không? | 66. Có Không Đang dùng thuốc ngừa thai? |
|---|---|

## VII. TẤT CẢ BỆNH NHÂN:

67. Có Không Ông (Bà) đã hoặc đang bị các chứng bệnh hay các vấn đề y khoa nào khác ngoài những thứ đã kể trên?  
Nếu có xin vui lòng giải thích: \_\_\_\_\_

Tôi đã trả lời từng câu hỏi một cách chính xác và đầy đủ bằng tất cả sự hiểu biết của tôi. Tôi sẽ thông báo cho nha sĩ của tôi bất cứ sự thay đổi nào về tình trạng sức khỏe của tôi và các thuốc men tôi dùng.

Chữ ký của bệnh nhân \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_

## DUYỆT LẠI KHI TÁI KHÁM:

1. Chữ ký của bệnh nhân \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_

2. Chữ ký của bệnh nhân \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_

3. Chữ ký của bệnh nhân \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_