

child

other

Tên: _____
Name

Ngày: _____
Date

Ngày Sinh: _____
Date of Birth

Tuổi: _____

Bác Sĩ Gia đình: _____
Primary Care Physician

Các Bác Sĩ Khác: _____
Other physicians you see regularly

Tiền sử bệnh mãn tính và quá khứ
Chronic and past medical history

Có Không
Yes No

☐ ☐ Suy tim? (heart failure) _____

☐ ☐ Đau tim trong quá khứ? Khi nào và ở đâu? (Past heart attack) _____

☐ ☐ Chụp mạch vành quá khứ? Khi nào và ở đâu? (Past coronary angiogram) _____

☐ ☐ Kiểm tra căng thẳng trong quá khứ? Khi nào và ở đâu? (Past stress test) _____

☐ ☐ Siêu âm tim hay siêu âm tim? Khi nào và ở đâu? (Past echocardiogram) _____

☐ ☐ Quá khứ đột quỵ? Khi nào và ở đâu? Điểm yếu còn lại? (Past stroke) _____

☐ ☐ Bị tắc động mạch ở chân hay bệnh mạch máu ngoại biên? _____
(blocked arteries in the legs or peripheral vascular disease)

☐ ☐ Bệnh tiểu đường? được chẩn đoán Năm nào? (diabetes, year diagnosed) _____

☐ ☐ Tăng huyết áp hay huyết áp cao? được chẩn đoán năm nào? (hypertension) _____

☐ ☐ Bệnh cao mỡ? (high cholesterol) _____

☐ ☐ Hiện tại bạn có hút thuốc không? Bao nhiêu gói mỗi ngày? (smoker) _____

☐ ☐ Bạn có hút thuốc trước đây? Nếu có, bạn bắt đầu từ năm nào? Cai chưa?
(Are you a former smoke? If yes, what year did you start/quit?) _____

☐ ☐ Khó thở khi ngủ? Ngủ với CPAP? (obstructive sleep apnea? CPAP?) _____

☐ ☐ Bệnh phổi? Bệnh gì? (Lung disease? What?) _____

☐ ☐ Bệnh gan? Bệnh gì? (Liver disease? What?) _____

☐ ☐ Bệnh thận? Bệnh gì? (Kidney disease? What?) _____

☐ ☐ Bệnh tuyến giáp? Bệnh gì? (Thyroid disease? What?) _____

☐ ☐ Bệnh chảy máu? Bệnh gì? (Bleeding disorder? What?) _____

☐ ☐ Ung thư? Ung thư gì? (Cancer? What?) _____

☐ ☐ Các bệnh khác? (Other chronic illnesses? What?) _____

☐ ☐ Di ứng thuốc? Thuốc gì? Phản ứng gì? (Drug allergies) _____

Phẫu thuật

Surgeries

Phẫu thuật gì? *What surgery?*

Khi nào và ở đâu? *When and where?*

Lịch sử xã hội

Social History

Bạn uống bao nhiêu rượu? _____

How much alcohol do you drink?

Bạn có sử dụng thuốc bất hợp pháp? _____

Do you use illicit drugs?

Ai sống ở nhà với bạn? _____

Who lives with you at home?

Bạn đã nghỉ hưu chưa? _____

Are you retired?

Nghề nghiệp hiện tại hoặc trước đây của bạn là gì? _____

What is your current or previous occupation?

Lịch sử gia đình

Family History

Có người thân nào bị đau tim ở độ đầu tiên? _____

Any first degree relatives with heart attack?

Nếu có, ai và ở độ tuổi nào? _____

If yes, who and at what age?

Có người thân nào bị chết đột ngột do không rõ nguyên nhân? _____

Any relatives died suddenly of an unknown cause?

Có người thân có tiền sử phình động mạch chủ bụng? _____

Any relatives with history of abdominal aortic aneurysm?

Đánh giá hệ thống (vấn đề hoạt động) *Review of symptoms (active problems)*

Có
Yes

Không
No

☐
☐

Bệnh Sốt (fever)

☐
☐

Giảm cân không chủ ý (weight loss)

☐
☐

Tăng cân không chủ ý (weight gain)

☐
☐

Đau đầu (new headache)

☐
☐

Thị lực thay đổi (new vision changes)

☐
☐

Chảy máu mũi (nose bleeding)

☐
☐

Ho (coughing)

☐
☐

Ho ra máu (bloody cough)

☐
☐

Thở khò khè (wheezing)

☐
☐

Đau bụng (abdominal pain)

☐
☐

Phân đen (black stools)

☐
☐

Phân có máu (bloody stools)

☐
☐

Đi tiểu thường xuyên (frequent urination)

Có
Yes

Không
No

☐
☐

Đi tiểu đau (painful urination)

☐
☐

Triệu chứng đột quỵ (stroke Sx)

☐
☐

Tê một bên (1-sided numbness)

☐
☐

Yếu một bên (1-sided weakness)

☐
☐

nói lắp, nói cã lăm (slurred speech)

☐
☐

đau cơ bắp (muscle pain)

☐
☐

Đau xương (bone pain)

☐
☐

Đau khớp (joint pain)

☐
☐

Tổn thương da mới (new skin lesions)

☐
☐

Thiếu máu (anemia)

☐
☐

Vấn đề về nội tiết (hormonal prob)

☐
☐

lo sợ, lo ngại, lòng bồn chồn (anxiety)

☐
☐

Phiền muộn (depression)