

# BIỂU MẪU BỆNH SỬ NHI KHOA

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Yêu cầu được gọi là: \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_  
Họ, Tên, Chữ Cái Đầu của Tên Đệm Tên Tháng/Ngày/Năm

**CÓ KHÔNG** Bệnh nhân có bất kỳ tình trạng nào sau đây không?

- Số lượng đếm tế bào máu thấp đòi hỏi trẻ phải đeo khẩu trang
- Ho dai dẳng hơn 3 tuần HOẶC ho ra máu
- Đã tiếp xúc người mắc bệnh lao hoặc bản thân đang mắc bệnh lao

**\*\*\*Nếu quý vị trả lời có cho câu hỏi trên, vui lòng dừng lại. Vui lòng trao đổi với quầy lễ tân để được hướng dẫn thêm\*\*\***

## THÔNG TIN VỀ TÌNH TRẠNG CHĂM SÓC Y TẾ:

Ai là bác sĩ y tế chính của bệnh nhân?

Bác Sĩ Y Tế Chính: \_\_\_\_\_ Địa chỉ \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

**CÓ KHÔNG** Trong năm qua, bệnh nhân có được chăm sóc cho một tình trạng y tế, cảm xúc, phát triển hoặc hành vi không?

**CÓ KHÔNG** Có bác sĩ nào của bệnh nhân nào liên kết với University of Minnesota Health, University of Minnesota Children's Hospital, University of Minnesota Physicians hay Fairview Health Services and Clinics không?

**CÓ KHÔNG** Bệnh nhân đã từng phẫu thuật hoặc làm thủ thuật, thăm khám tại khoa cấp cứu, hoặc ở lại bệnh viện qua đêm chưa?

**CÓ KHÔNG** Bệnh nhân có được tiêm vắc-xin phòng ngừa các bệnh lây nhiễm phổ biến khi còn bé không?

**CÓ KHÔNG** Hiện bệnh nhân có đang mang thai không?

## TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ:

**CÓ KHÔNG** Bệnh nhân có tiền sử hoặc hiện bị bệnh, vấn đề hoặc tình trạng liên quan đến bất kỳ điều nào sau đây không?

Nếu có, hãy đánh dấu vào tất cả các câu phù hợp.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hành Vi, Cảm Xúc hoặc Sức Khỏe Tâm Thần   | <input type="checkbox"/> Ăn, Nuốt, Chế Độ Ăn, Dinh Dưỡng hoặc Tiêu Hóa | <input type="checkbox"/> Thận hoặc Đường Tiết Niệu              |
| <input type="checkbox"/> Dị Tật hoặc Hội Chứng Bẩm Sinh  | <input type="checkbox"/> Tập Thể Dục hoặc Vận Động Cơ Thể              | <input type="checkbox"/> Gan, Dạ Dày hoặc Ruột                  |
| <input type="checkbox"/> Máu hoặc Chảy Máu   | <input type="checkbox"/> Đầu, Mắt, Tai, Mũi hoặc Họng                  | <input type="checkbox"/> Phổi, Đường Thở hoặc Hít Thở           |
| <input type="checkbox"/> Xương, Khớp hoặc Mô Liên Kết  | <input type="checkbox"/> Nội Tiết Tố hoặc Mang Thai                    | <input type="checkbox"/> Cơ Bắp, Thần Kinh hoặc Phản Xạ         |
| <input type="checkbox"/> Não hoặc Tủy Sống   | <input type="checkbox"/> Tim hoặc Mạch Máu                             | <input type="checkbox"/> Giác Quan hoặc các Vấn Đề Về Giác Quan |
| <input type="checkbox"/> Các Biến Chứng Trước hoặc Trong Khi Sinh  | <input type="checkbox"/> Chiều Cao hoặc Cân Nặng                       | <input type="checkbox"/> Lời Nói hoặc Ngôn Ngữ                  |
| <input type="checkbox"/> Khuyết Tật về Trí Tuệ hoặc Phát Triển   | <input type="checkbox"/> Nhiễm Trùng hoặc Hệ Miễn Dịch                 | <input type="checkbox"/> Da hoặc Các Tuyến                      |
| <input type="checkbox"/> Vui lòng mô tả (các) tình trạng đã chọn ở trên hoặc cung cấp thông tin về bất kỳ bệnh, vấn đề hoặc tình trạng nào không được liệt kê ở trên |  |   |

## **DỊ ỨNG:**

**CÓ KHÔNG** Bệnh nhân có bị dị ứng hoặc phát triển phản ứng với thuốc, thực phẩm hay các tác nhân gây dị ứng trong môi trường không? Nếu có, vui lòng nêu rõ:

Dị ứng với: 1) \_\_\_\_\_

Phản ứng: 1) \_\_\_\_\_

Dị ứng với: 2) \_\_\_\_\_

Phản ứng: 2) \_\_\_\_\_

Dị ứng với: 3) \_\_\_\_\_

Phản ứng: 3) \_\_\_\_\_

## **THUỐC, VITAMIN, THỰC PHẨM BỔ SUNG HOẶC CÁC SẢN PHẨM TỰ NHIÊN/THẢO MỘC:**

**CÓ KHÔNG** Bệnh nhân có uống thuốc, thực phẩm bổ sung, vitamin hay các sản phẩm tự nhiên hoặc thảo mộc không?

Thuốc, Vitamin, Thực Phẩm Bổ Sung hoặc Các Sản Phẩm Tự Nhiên/Thảo Mộc	Liều lượng/Thời gian

## **SỬ DỤNG THUỐC LÁ VÀ THUỐC GIẢI TRÍ:**

**CÓ KHÔNG** Bệnh nhân có sử dụng hoặc đã sử dụng thuốc lá (hút, hít, nhai, cuộn)?

**CÓ KHÔNG** Bệnh nhân có sử dụng hoặc đã sử dụng thuốc kê đơn, thuốc chợ đen hay các chất gây nghiện khác vì mục đích giải trí không?

*Trong phạm vi hiểu biết tốt nhất của mình, các câu trả lời tôi đã đưa ra là chính xác. Tôi đồng ý báo những thay đổi về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân cho nha sĩ. Tôi đồng ý cho phép nha sĩ lấy thông tin bổ sung về bệnh sử của bệnh nhân từ bác sĩ của bệnh nhân khi cần thiết để điều trị nha khoa.*

Người Điền Biểu Mẫu: Chữ Ký: \_\_\_\_\_ Quan Hệ với Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**CÓ KHÔNG** Tên Thông Dịch Viên/Biên Dịch Viên: Tên In Hoa: \_\_\_\_\_ Chữ Ký: \_\_\_\_\_