

# FUQUA FAMILY PRACTICE AND URGENT CARE

10655 FUQUA #C HOUSTON, TX 77089 PHONE: 713-941-1566 FAX: 713-941-1577

**Tiểu sử sức khỏe:** Đánh dấu ( X ) biểu hiện bạn đang có hoặc đã từng trong năm vừa qua.

**Bao quát:**  Ôn lạnh  Sốt  Sụt kí  Sức khỏe suy sụp  Yếu  Mệt mỏi  Tăng cân

**Đầu:**  Chóng mặt  Nhức đầu  Ngất xỉu  Đau  Chấn thương ở đầu

**Mắt:**  Mờ  Song thị  Sử dụng kính  Đau mắt khi nhìn ánh sáng  Cảm giác bất thường  
 Đục thủy tinh thể  Chảy nước mắt quá mức  Tăng nhãn áp  Bị thương gần đây  Mất thị lực  
 Chảy mủ  
 Đau mắt  Nhiễm trùng mắt  Mắt đỏ

**Tai, Mũi, Họng:**  Mũi chảy mủ  Nhiễm trùng mũi  Viêm xoang  Cảm lạnh thường xuyên  
 Ngẹt mũi  Sốt mùa  Chảy máu cam  Chảy máu nướu răng  Postnasal Drip  
 Thay đổi răng hàm  Cấn lưỡi  Khàn giọng  Thay đổi giọng nói  Tai chảy mủ  
 Khiếm thính  ù tai  Choáng váng  Nhiễm trùng tai  Sử dụng máy trợ thính  
 Đau tai  Thường xuyên đau họng  Viêm amidan  Khối u ở cổ  Đau cổ

**Hô hấp:**  Hen suyễn  Viêm phổi  Viêm màng bao quanh phổi  
 Thở ngắn  Ho ra máu  Ho  Dương tính với bệnh lao  Có đờm  Thở khò khè  Đau khi thở  
sâu  Chụp Xquang ngực gần đây  Lao

**Tim mạch:**  Đau ngực  Tay/chân cảm thấy lạnh  Tim yếu  Tiểu sử đau tim  Thấp khớp  
 Thở ngắn khi ngủ  Đánh trống ngực  Chân tay bị mất màu  
 Tiểu sử kiểm tra tim (Không phải EKG)  Đau chân khi đi bộ  Thở ngắn khi gắng sức  
 Sung chân  Chứng suy tĩnh mạch  Rụng lông chân  Cao huyết áp  
 Đo điện tâm đồ gần đây  Thở ngắn khi nằm  Viêm tĩnh mạch và Clot

**Tâm thần:**  Trầm cảm  Suy nghĩ không ổn định  Mất trí nhớ  Tâm thần rối loạn  Thay đổi  
hành vi  Căng thẳng quá mức  Tâm trạng thay đổi  Mất phương hướng  Ảo giác  Căng thẳng

**Ngực:**  Chảy mủ  Tự kiểm tra  Khối u  Đau nhẹ  Đau ngực



# FUQUA FAMILY PRACTICE AND URGENT CARE

10655 FUQUA #C HOUSTON, TX 77089 PHONE: 713-941-1566 FAX: 713-941-1577

**Tiêu hóa:**  Đau bụng  Ổ nóng  Chảy máu trực tràng  Phân đen  Màu phân thay đổi  Đói nhiều lần  Trĩ  Sử dụng thuốc nhuận tràng  Có vấn đề về nuốt  Táo bón  Vàng da  Kiểm tra Xray bụng  Thay đổi liều lượng phân  Thay đổi tính chất của phân  Khát nước nhiều  Viêm gan siêu vi  Buồn nôn  Ói mửa  Tiêu chảy  Bệnh gan  Sử dụng thuốc kháng acid  Thay đổi hình dạng phân  Giảm sự ham thích  Bệnh túi mật  Nhiễm trùng dạ dày  Đau trực tràng  Ói ra máu

**Cơ xương khớp:**  Viêm khớp  Vấn đề về lưng  Chuột rút cơ bắp  Bị hạn chế khi chuyển động  Đau khớp  Dị tật cơ  Cơ cứng  Yếu ớt  Bệnh gút  Cứng khớp  Tê liệt

**Da:**  Bệnh chàm  Dễ bị bầm  Nổi mề đay  Móng tay thay đổi  Màu da thay đổi  Ngứa  Tóc chết  Khối u trên da  Móng tay thay đổi kết cấu  Khô  Kết cấu tóc thay đổi  Tăng kích cỡ mụn ruồi  Phát ban

**Thần kinh:**  Mất nhận thức  Chóng mặt  Nhức đầu  Tê liệt  Đau nhói  Hoa mắt  Bất tỉnh  Mất trí nhớ  Rối loạn lời nói  Run rẩy  Đốt cháy  Chấn thương đầu  Tê liệt  Đột quy  Chuyển động không vững

**Nội tiết:**  Yếu  Không chịu được lạnh  Bướu cổ  Đau cổ  Tăng cân  Đi tiểu nhiều  Không chịu được nóng  Đổ mồ hôi  Sụt cân  Mệt mỏi  Khát nước nhiều  Vấn đề tuyến giáp

**Huyết học:**  Thiếu máu  Dễ bị bầm  Các tuyến bị sưng  Dễ chảy máu  Khối u  Phản ứng khi truyền máu  Huyết khối  Phơi nhiễm phóng xạ

**Dị ứng/ Miễn dịch:**  Ho  Ngứa mắt  Chảy nước mũi  Chảy nước mắt  Ho khi tập thể dục  Ngứa mũi  Hắt hơi  Thở khò khè  Phát ban  Nhiễm trùng thường xuyên  Nghẹt mũi  Thở khò khè khi tập thể dục

**Tiết niệu:**  Tinh dậy để đi tiểu  Rát khi đi tiểu  Đau lưng  Nhiễm trùng đường tiểu  Sỏi thận  Nước tiểu có mùi nặng  Đái dầm  Khó bắt đầu tiểu  Thường xuyên đi tiểu  Đau mỗi lần đi tiểu  Cáp bách  Có máu trong nước tiểu  Đi tiểu nhiều lần  Không kiểm soát được  Giữ lại  Nước tiểu đổi màu

# FUQUA FAMILY PRACTICE AND URGENT CARE

10655 FUQUA #C HOUSTON, TX 77089 PHONE: 713-941-1566 FAX: 713-941-1577

Xin liệt kê bất kỳ triệu chứng khác chưa được nêu ở trên: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vui lòng liệt kê các loại thuốc mới từ lần thăm khám trước với liều lượng và tần số.

Tên thuốc (Vdụ Norvasc)	Liều lượng (VDu. 5mg)	Tần số (Vdụ. Mỗi ngày)	Lí do( Vdụ Cao huyết áp)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Xin liệt kê bất kỳ ca phẫu thuật gần đây kể từ lần truy cập trước.

\_\_\_\_\_

## Kí tên:

Trên tất cả sự hiểu biết của tôi, các thông tin trên hoàn toàn đầy đủ và chính xác. Tôi hiểu đó là trách nhiệm của tôi để thông báo cho bác sĩ nếu tôi, hoặc con tôi dưới vị thành niên, đã từng có sự thay đổi về sức khỏe.

\_\_\_\_\_

Chữ kí của bệnh nhân, Cha mẹ, Người bảo hộ hoặc Đại diện cá nhân

\_\_\_\_\_

Ngày

\_\_\_\_\_

Viết hoa tên bệnh nhân, Cha mẹ, Người bảo hộ hoặc Đại diện cá nhân

\_\_\_\_\_

Mối quan hệ với bệnh nhân

\_\_\_\_\_

Được đánh giá bởi

\_\_\_\_\_

Ngày