

FUQUA FAMILY PRACTICE AND URGENT CARE

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

Thông tin bệnh nhân

Ngày : _____

Lý do gặp bác sĩ hôm nay? _____

Tên bệnh nhân: _____ Ngày tháng năm sinh _____

Tuổi: _____

Số an sinh xã hội _____ Giới: () Nữ () Nam

Hiện trạng: () Kết hôn () Vợ/chồng chết () Ly dị () Độc thân

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____

Tiểu bang/Bưu chính: _____ điện thư (email): _____

Điện thoại nhà: _____ Số di động: _____

Thời gian tốt nhất để liên lạc với bệnh nhân: _____

Nghề nghiệp: _____

Chỗ làm bệnh nhân/(Tên trường) và điện thoại: _____

Tên vợ/chồng: _____ Số điện thoại vợ/chồng: _____

Tên người liên lạc trong trường hợp khẩn cấp : _____ Số điện thoại: _____

Thông tin bảo hiểm:

Người chịu trách nhiệm cho tài khoản này? _____ Mối quan hệ với bệnh nhân _____

Số an sinh xã hội của người có bảo hiểm: _____

Ngày tháng năm sinh của người có bảo hiểm: _____

Tên hãng bảo hiểm _____ Bảo hiểm thứ hai (nếu có): _____

Số ID bảo hiểm _____

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

Liệt kê danh sách những dị ứng và phản ứng:

Tên thuốc (Ví dụ Penicillin)	Phản ứng (Ví dụ Nổi mề đay)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Liệt kê danh sách thuốc, liều lượng, tần số và lý do sử dụng

Tên thuốc (Vdụ Norvasc)	Liều dùng(Vdụ 5mg)	Tần số(Vdụ Một lần mỗi ngày)	Lí do sử dụng (Vdụ Huyết áp)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____

Danh sách tiểu sử y khoa trong gia đình:

Mối quan hệ: (Vdụ :Cha)	Hiện trạng: Còn sống hay đã chết	Bệnh (Vdụ Ung thư vú)	Nếu đã chết, chết lúc bao nhiêu tuổi
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Danh sách tiểu sử y tế của bạn.(Vdụ Tiểu đường) _____

Liệt kê tiểu sử phẫu thuật của bạn

Phẫu thuật (Vdụ Phẫu thuật đầu gối trái)	Ngày phẫu thuật (Ví dụ 2007)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Bạn đã bao giờ hút thuốc lá? Loại gì, lần cuối sử dụng, bao nhiêu lần và bạn đã từng cố gắng bỏ thuốc

Loại thuốc lá(VDụ Dipping)	Lần cuối sử dụng(Vdụ Hôm nay)	Bao lần(Vdụ 1bao/ ngày)	Cố gắng bỏ thuốc(Vdụ 2 lần)
----------------------------	-------------------------------	-------------------------	-----------------------------

FUQUA FAMILY PRACTICE AND URGENT CARE

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

Bạn có sử dụng cồn? Loại nào, lần cuối sử dụng, số lượng mỗi lần uống.

Loại cồn (Vdụ rượu mạnh) Lần cuối sử dụng (Vdụ Thứ sáu vừa qua) Số lượng mỗi lần uống(Vdụ Trung bình 4)

Bạn có sử dụng bất cứ loại thuốc kích thích nào không? Nếu có, lần cuối sử dụng khi nào, thường sử dụng bao lần, bao nhiêu.

Loại thuốc (Vdụ cần sa) Lần cuối sử dụng(Vdụ.Thứ ba vừa qua) Bao lần :(Vdụ Mỗi ngày) Bao nhiêu:(Vdụ 1 điếu/Ngày)

1. _____
2. _____
3. _____

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