

Những câu hỏi kiểm tra sức khỏe phụ nữ:

Ngày: _____

Tên: _____ Ngày, tháng, năm sinh: _____

Những thuốc đang uống: _____

Có dị ứng với thuốc nào?: _____

Bà/ben có kinh nguyệt lần đầu khi nào? _____ tuổi

Bà/ben có kinh nguyệt cuối cùng khi nào? _____ Bao lâu: _____ ngày

Mức độ: Bình thường, Nhiều, hay ít Số ngày trung bình giữa chu kỳ? _____ ngày

Chảy máu giữa chu kì: **Có / Không**

Hội chứng tiền kinh nguyệt: **Có / Không**

Bị đau khi hành kinh: **Có / Không** . Có dùng thuốc Ibuprofen hay thuốc tránh thai?

Có bao giờ xét nghiệm tử cung không bình thường ? **Có / không**

Có uống canxi mỗi ngày? **Có / Không**

Quan hệ tình dục? **Có / Không**

Có quan hệ tình dục với bao nhiêu người trong cuộc sống? _____

Tiêu thụ bênh lây truyền qua đường tình dục: **Có / Không**

Phòng chống bênh lây truyền qua đường tình dục: **Có / Không**

Biện pháp tránh thai: Không, Thuốc tránh thai, Bao cao su cho nam, vòng tránh thai , thắt ống dẫn trứng, thắt ống dẫn tinh, tiêm thuốc tránh thai, chất diệt tinh trùng, bao cao su cho nữ giới, xuất tinh ngoài, lắp đặt kế hoạch hóa gia đình, hay phương pháp khác: _____

Liệu pháp thay thế hormone: **Có / Không**

Tiền sử gia đình bị ung thư vú: **Có / Không**

Tiền sử gia đình bị ung thư buồng trứng: **Có / Không**

Tiền sử gia đình bị ung thư tử cung: **Có / Không**

Tiền sử gia đình bị ung thư đại tràng: **Có / Không**

Số lần có thai : _____

Thai đủ ngày (Số lượng): _____

Sanh non (Số lượng): _____

Phá thai (Số lượng): _____

Sảy thai (Số lượng) : _____

Thai ngoài tử cung (Số lượng): _____

đa thai (Số lượng): _____

Số lượng con ruột: _____

Biểu hiện khó khăn khi mang thai: **Có / Không**

Soi cổ tử cung: **Có / Không**

Phẫu thuật phụ khoa: Không có, cắt bỏ tử cung, cắt bỏ nội mạc tử cung, thắt ống dẫn trứng, sinh thường, sinh mổ, hay phương pháp khác: _____

Sau khi giao hợp chảy máu: **Có / Không**

Vùng xương chậu bị đau: **Có / Không**

Bị đau khi giao hợp : **Có / Không**

Chích ngừa ung thư cổ tử cung: **Có / Không**

Diễn tiết nơi âm đạo: Có / Không (Nếu có, xin trả lời những câu hỏi dưới đây)

- Màu sắc/ Tính chất: Trắng, đục, Trong, Vàng, hay Nhầy
- Ngứa : **Có / Không**
- Bị đau khi đi tiểu : **Có / Không**
- Có mùi hôi : **Có / Không**, hay Tê hơn sau khi quan hệ
- Tiểu tiện nhiều lần: **Có / Không**
- Sử dụng kháng sinh gần đây: **Có / Không**
- Các phương pháp đã điều trị: Không có, kháng nấm, kem làm ấm âm đạo
- Sau khi điều trị: Tốt hơn, Tê hơn, hay Như cũ

Nếu bạn có con, xin trả lời những câu hỏi dưới đây về việc sinh nở :

Ngày	Tuần	Thgian Sinh	Troàng lượng sơ sinh	Giới tính	Cách sinh	Gây tê	Nơi sinh	Sinh non
(2/23/09) (38)	(12)	(6 lb 4oz)	(Trai/Gái)	Thường/ Mô	(BViên/ Nhà)			
(Có/Không)								
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Ký tên :

Với 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