

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_

Số ID Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

**I. XIN KHOANH VÀO CÂU TRẢ LỜI THÍCH HỢP (để Trồng những câu nào quý vị không hiểu):**

- |    |    |       |   |
|----|----|-------|---|
| 1. | Có | Không | Sức khỏe tổng quát của quý vị có tốt không?   |
| 2. | Có | Không | Trong vòng một năm qua tình trạng sức khỏe của quý vị có gì thay đổi không?   |
| 3. | Có | Không | Trong ba năm qua quý vị có nằm bệnh viện hoặc bị bệnh nặng hay không?<br>Nếu CÓ, tại sao? _____   |
| 4. | Có | Không | Quý vị có đang được một bác sĩ điều trị hay không? Nếu có thì bệnh gì? _____<br>Ngày khám bệnh lần cuối: _____ Ngày khám Răng lần cuối: _____ |
| 5. | Có | Không | Trong lần chữa răng trước đây quý vị có bị vấn đề tai biến gì không?  |
| 6. | Có | Không | Bây giờ quý vị có đang bị nhức răng hay không?  |

**II. QUÝ VỊ CÓ BAO GIỜ BỊ:**

- |     |    |       |                                   |     |    |       |                            |
|-----|----|-------|-----------------------------------|-----|----|-------|----------------------------|
| 7.  | Có | Không | Đau thắt ngực?                    | 18. | Có | Không | Chóng mặt?                 |
| 8.  | Có | Không | Sưng phù mắt cá?                  | 19. | Có | Không | Ù tai?                     |
| 9.  | Có | Không | Hụt hơi khó thở?                  | 20. | Có | Không | Nhức đầu?                  |
| 10. | Có | Không | Sụt cân, sốt, đổ mồ hôi ban đêm?  | 21. | Có | Không | Bị những cơn ngất xỉu?     |
| 11. | Có | Không | Ho dai dẳng, ho ra máu?           | 22. | Có | Không | Mắt mờ?                    |
| 12. | Có | Không | Hay bị chảy máu, bầm tím dễ dàng? | 23. | Có | Không | Co giật kinh phong?        |
| 13. | Có | Không | Đau xoang mũi?                    | 24. | Có | Không | Khát nước quá độ?          |
| 14. | Có | Không | Khó nuốt?                         | 25. | Có | Không | Đi tiểu liên tục?          |
| 15. | Có | Không | Tiêu chảy, táo bón, phân lẫn máu? | 26. | Có | Không | Miệng khô?                 |
| 16. | Có | Không | Ói mưa thường xuyên, buồn nôn?    | 27. | Có | Không | Vàng da?                   |
| 17. | Có | Không | Khó tiểu, máu trong nước tiểu?    | 28. | Có | Không | Nhức khớp xương, cứng nhắc |

**III. QUÝ VỊ CÓ ĐANG HOẶC ĐÃ BỊ CÁC BỆNH SAU ĐÂY HAY KHÔNG:**

- |     |    |       |   |     |    |       |  |
|-----|----|-------|---|-----|----|-------|--|
| 29. | Có | Không | Bệnh tim?   | 40. | Có | Không | Hội chứng thiếu hụt miễn nhiễm (AIDS)? |
| 30. | Có | Không | Cơn nghẽn máu trong tim, khuyết tật tim?                              | 41. | Có | Không | Bướu, ung thư?                         |
| 31. | Có | Không | Tim có tiếng thổi?  | 42. | Có | Không | Viêm khớp, thấp khớp?                  |
| 32. | Có | Không | Sốt thấp khớp?  | 43. | Có | Không | Bệnh mắt?                              |
| 33. | Có | Không | Kích xúc mạch máu não, xơ cứng động mạch?                             | 44. | Có | Không | Bệnh ngoài da?                         |
| 34. | Có | Không | Cao huyết áp?   | 45. | Có | Không | Bệnh thiếu máu?                        |
| 35. | Có | Không | Suyễn, lao phổi, khí thũng, các bệnh phổi khác?                       | 46. | Có | Không | Bệnh hoa liễu ( giang mai, lậu)?       |
| 36. | Có | Không | Viêm gan, các bệnh gan khác?  | 47. | Có | Không | Mụn nước herpes?                       |
| 37. | Có | Không | Các chứng đau bao tử, lở loét?  | 48. | Có | Không | Bệnh thận, bàng quang?                 |
| 38. | Có | Không | Dị ứng với: thuốc men, thực phẩm, dược phẩm, nhựa latex?              | 49. | Có | Không | Bệnh tuyến giáp, thượng thận?          |
| 39. | Có | Không | Trong gia đình họ hàng có ai bị tiểu đường, bệnh tim, bướu hay không? | 50. | Có | Không | Bệnh tiểu đường?                       |

**IV. QUÝ VỊ CÓ ĐANG HOẶC ĐÃ ĐƯỢC:**

- |     |    |       |                                 |     |    |       |                             |
|-----|----|-------|---------------------------------|-----|----|-------|-----------------------------|
| 51. | Có | Không | Chăm sóc về bệnh tâm thần?      | 56. | Có | Không | Nhập bệnh viện?             |
| 52. | Có | Không | Trị liệu quang tuyến?           | 57. | Có | Không | Truyền máu?                 |
| 53. | Có | Không | Liệu pháp hóa chất trị ung thư? | 58. | Có | Không | Giải phẫu?                  |
| 54. | Có | Không | Van tim nhân tạo?               | 59. | Có | Không | Mang máy điều hòa nhịp tim? |
| 55. | Có | Không | Khớp xương nhân tạo?            | 60. | Có | Không | Kính đeo sát trong mắt?     |

**V. QUÝ VỊ CÓ ĐANG DÙNG:**

- |     |    |       |   |     |    |       |                           |
|-----|----|-------|---|-----|----|-------|---------------------------|
| 61. | Có | Không | Các loại ma túy?  | 63. | Có | Không | Thuốc lá (mọi hình thức)? |
| 62. | Có | Không | Thuốc men, dược phẩm, thuốc mua tự do không cần toa bác sĩ (kể cả Aspirin), và các loại thuốc thiên nhiên như dược thảo hoặc thuốc bắc? | 64. | Có | Không | Rượu?                     |

Xin liệt kê: \_\_\_\_\_

**VI. ĐỐI VỚI RIÊNG PHỤ NỮ:**

- |     |    |       |  |     |    |       |                            |
|-----|----|-------|--|-----|----|-------|----------------------------|
| 65. | Có | Không | Quý vị có đang hoặc có thể sẽ có thai hoặc cho con bú sữa mẹ hay | 66. | Có | Không | Đang dùng thuốc ngừa thai? |
|-----|----|-------|--|-----|----|-------|----------------------------|

**VII. TẤT CẢ CÁC BỆNH NHÂN:**

- |     |    |       |   |
|-----|----|-------|---|
| 67. | Có | Không | Quý vị có đang hoặc đã bị các căn bệnh hoặc bệnh trạng nào khác NGOÀI những loại kể trên hay không? |
|-----|----|-------|---|

Nếu có, xin kể ra: \_\_\_\_\_

Tôi đã trả lời mỗi câu hỏi đầy đủ và chính xác theo hết khả năng hiểu biết của tôi. Tôi sẽ thông báo cho nha sĩ của tôi biết bất cứ thay đổi nào về sức khỏe của tôi và/hoặc các loại thuốc tôi dùng.

Chữ ký của bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**DUYỆT LẠI KHI TÁI KHÁM:**

- |    |                             |             |
|----|-----------------------------|-------------|
| 1. | Chữ ký của bệnh nhân: _____ | Ngày: _____ |
| 2. | Chữ ký của bệnh nhân: _____ | Ngày: _____ |
| 3. | Chữ ký của bệnh nhân: _____ | Ngày: _____ |