

BỆNH SỬ

TÊN BỆNH NHÂN

SỐ AN NINH XÃ HỘI

I. XIN ĐÁNH DẤU VÀO CÁC CÂU TRẢ LỜI THÍCH HỢP (BỎ TRỐNG CÁC CÂU KHÔNG HIỂU RÕ):

- Sức khỏe tổng quát của Ông (Bà) có tốt không? Có Không
- Trong vòng một năm qua tình trạng sức khỏe có gì thay đổi không? Có Không
- Trong ba năm qua Ông (Bà) có nằm bệnh viện hoặc bị bệnh trầm trọng không? Có Không
- Nếu có thì bệnh gì? _____ Có Không
- Ông (Bà) có đang được điều trị với một bác sĩ y-khoa không? Có Không
- Nếu có thì bệnh gì? _____ Có Không
- Trong việc chữa răng trước đây có tai biến trực tiếp gì không? Có Không
- Nếu có xin giải thích: _____ Có Không
- Bây giờ Ông (Bà) có đang đau nhức răng không? Có Không

II. ÔNG (BÀ) CÓ TỪNG BỊ CÁC TRIỆU CHỨNG NHƯ SAU KHÔNG?

- | | | | |
|---------------------------------------|----------|--------------------------|----------|
| 7. Đau thắt ngực? | Có Không | 18. Chong mắt? | Có Không |
| 8. Sưng phù mắt cá? | Có Không | 19. U tai? | Có Không |
| 9. Kho thở? | Có Không | 20. Nhức đầu? | Có Không |
| 10. Sụt cân, sốt, đổ mồ hôi ban đêm? | Có Không | 21. Ngạt xiu? | Có Không |
| 11. Ho kéo dài, ho ra máu? | Có Không | 22. Mất ngủ? | Có Không |
| 12. Hay bị chảy máu, bầm tím dễ dàng? | Có Không | 23. Có giạt kinh phong? | Có Không |
| 13. Đau xoang mũi? | Có Không | 24. Khát nước quá độ? | Có Không |
| 14. Khó nuốt? | Có Không | 25. Đi tiêu liên liên? | Có Không |
| 15. Tiểu chảy, táo bón, phân lẫn máu? | Có Không | 26. Miệng khô? | Có Không |
| 16. Nôn mửa thường xuyên? | Có Không | 27. Vàng da? | Có Không |
| 17. Khó tiêu, máu trong nước tiểu? | Có Không | 28. Đau cứng khớp xương? | Có Không |

III. ÔNG (BÀ) ĐÃ HAY ĐANG BỊ CÁC BỆNH NHƯ SAU KHÔNG?

- | | | | |
|---|----------|--|----------|
| 29. Bệnh tim? | Có Không | 40. Hội chứng suy miễn nhiễm cấp tính hoặc bệnh liệt kháng SIDA? | Có Không |
| 30. Cơn suy tim, khuyết tật tim? | Có Không | 41. Khối u, ung thư? | Có Không |
| 31. Tim có tiếng thổi? | Có Không | 42. Viêm khớp, thấp khớp? | Có Không |
| 32. Bệnh sốt thấp khớp? | Có Không | 43. Bệnh mắt? | Có Không |
| 33. Bệnh xơ cứng động mạch, và cơn đột quỵ? | Có Không | 44. Bệnh ngoại da? | Có Không |
| 34. Bệnh cao áp huyết? | Có Không | 45. Bệnh thiếu máu? | Có Không |
| 35. Lao Phổi, khí thũng, bệnh phổi khác? | Có Không | 46. Bệnh hoa liễu? | Có Không |
| 36. Viêm gan hoặc các bệnh gan khác? | Có Không | 47. Bệnh mụn nước herpes? | Có Không |
| 37. Các chứng đau bao tử? | Có Không | 48. Bệnh thần, bông dái? | Có Không |
| 38. Di ứng với các thuốc men, thực phẩm? | Có Không | 49. Bệnh tuyến giáp trạng, và tuyến thượng thận? | Có Không |
| 39. Trong gia đình họ hàng có ai bị tiểu đường, đau tim, búi ung thư? | Có Không | 50. Bệnh tiểu đường? | Có Không |

IV. ÔNG (BÀ) ĐÃ HAY ĐANG ĐƯỢC TRỊ LIỆU BẰNG CÁCH NHƯ SAU KHÔNG?

- | | | | |
|---------------------------|----------|---------------------------------|----------|
| 51. Trị liệu tâm thần? | Có Không | 56. Nằm bệnh viện? | Có Không |
| 52. Trị liệu quang tuyến? | Có Không | 57. Truyền máu? | Có Không |
| 53. Hóa học liệu pháp? | Có Không | 58. Giải phẫu? | Có Không |
| 54. Van tim nhân tạo? | Có Không | 59. Mang máy điều hòa nhịp tim? | Có Không |
| 55. Khớp xương nhân tạo? | Có Không | 60. Kính mắt đeo sát trông? | Có Không |

V. ÔNG (BÀ) CÓ ĐANG DÙNG NHỮNG THỨ NHƯ SAU KHÔNG?

- | | | | |
|--|----------|-------------------------------|----------|
| 61. Cần sa, ma túy, á phiện? | Có Không | 63. Thuốc lá (mọi hình thức)? | Có Không |
| 62. Thuốc men, dược phẩm (kể cả Aspirin) | Có Không | 64. Rượu? | Có Không |
| Xin kể ra: _____ | | | |

VI. RIÊNG CHO QUÍ BÀ:

- | | | | |
|--|----------|--------------------------------|----------|
| 65. Bà đang (hoặc nghi ngờ) có thai hay đang cho con bú sữa không? | Có Không | 66. Đang dùng thuốc ngừa thai? | Có Không |
|--|----------|--------------------------------|----------|

VII. TẤT CẢ BỆNH NHÂN:

- | | |
|--|----------|
| 67. Ông (Bà) đã hoặc đang bị các chứng bệnh hay các vấn đề y khoa nào khác ngoài những thứ đã kể trên? | Có Không |
| Nếu có xin vui lòng giải thích: _____ | |

Tôi trả lời từng câu hỏi một cách chính xác và đầy đủ bằng với tất cả sự hiểu biết của tôi. Tôi sẽ thông báo cho nhà sĩ của tôi bất cứ những thay đổi nào về tình trạng sức khỏe của tôi và các thuốc men tôi dùng.



Chữ ký của bệnh nhân

Ngày

CHI TIẾT CỦA BỆNH NHÂN

TÊN _____ NGÀY _____
TÊN CỦA PHỤ HUYNH NẾU BỆNH NHÂN DƯỚI 18 TUỔI _____
ĐỊA CHỈ _____ SỐ APT. _____
TỈNH _____ ZIP CODE _____
ĐIỆN THOẠI NHÀ _____ ĐIỆN THOẠI LÂM _____
NGÀY SANH _____ TUỔI _____
☐ ĐỘC THÂN ☐ LY DỊ ☐ CÓ GIA ĐÌNH ☐ QUÁ PHỤ
NƠI LÀM VIỆC _____ NGHỀ NGHIỆP _____
ĐỊA CHỈ NƠI LÀM _____
TỈNH _____ ZIP CODE _____

CHI TIẾT TỔNG QUÁT

SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH _____ BAO NHIÊU CON TRONG GIA ĐÌNH? _____
TÊN BÁC SĨ NHA KHOA CŨ _____
LẦN CUỐI CÙNG ĐI NHA SĨ _____, VÀ LÝ DO _____
LÝ DO ĐI NHA SĨ LẦN NÀY _____
TÊN BÁC SĨ Y-KHOA _____
LẦN CUỐI CÙNG ĐI BÁC SĨ _____, VÀ LÝ DO _____
AI GIỚI THIỆU ĐẾN PHÒNG MẠCH NHA KHOA NÀY? _____
ÔNG/BÀ CÓ AI TRONG GIA ĐÌNH ĐANG LÀ BỆNH NHÂN Ở ĐÂY KHÔNG? _____
NẾU CÓ: TÊN LÀ _____
TỪ LÚC LẦN CUỐI ĐI BÁC SĨ NHA KHOA Ở ĐỊA ĐIỂM NÀY CÓ SỰ THAY ĐỔI
TRONG: ☐ SỨC KHỎE ☐ ĐIỆN THOẠI ☐ CHỖ LÀM VIỆC
☐ TÊN ☐ ĐỊA CHỈ
NẾU CÓ: XIN GIẢI THÍCH _____
XIN ĐÁNH DẤU NHỮNG GÌ ÔNG/BÀ ĐÃ LÀM TRƯỚC RỒI:
☐ KIỀM RĂNG ☐ LẤY GÂN MÁU ☐ RĂNG GIA CỐ ĐỊNH ☐ TRÁM RĂNG
☐ CLEAN RĂNG ☐ NHỒ RĂNG ☐ RĂNG GIA THẢO LẬP
NẾU NHỨC RĂNG, ÔNG/BÀ CÓ MUỐN LẤY GÂN MÁU ĐỂ GỬI LẠI RĂNG KHÔNG? _____
NẾU CẦN PHẢI NHỒ RĂNG, ÔNG/BÀ CÓ MUỐN LÀM RĂNG CỐ ĐỊNH ĐỂ CHE CHỖ TRỐNG KHÔNG? _____
LẦN CUỐI ÔNG/BÀ CLEAN RĂNG LÀ BAO LÂU RỒI? _____
ÔNG/BÀ CÓ BAO GIỜ BỊ CHẢY MÁU KHI ĐÁNH RĂNG KHÔNG? _____
NGÀY VÀ GIỜ HẸN TỐT NHẤT TRONG TUẦN CHO ÔNG/BÀ LÀ _____
BÁC SĨ SẼ LÀM RĂNG CHO QUÍ ÔNG/BÀ HÔM NAY.
XIN ÔNG/BÀ VUI LÒNG CHO BIẾT CÁCH TRẢ TIỀN
☐ BẢO HIỂM (ÔNG/BÀ CÓ ĐEM GIẤY ĐƠN CỦA BẢO HIỂM KHÔNG?)
☐ TIỀN MẶT HOẶC CHECK
☐ MEDICAID
☐ CREDIT CARD (VISA__ MC__ AMERICAN EXPRESS__ DISCOVERY__)

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

****You May Refuse to Sign This Acknowledgement****

I, _____, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

{Please Print Name}

{Signature}

{Date}

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- ☐ Individual refused to sign
- ☐ Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- ☐ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- ☐ Other (Please Specify)

© 2002 American Dental Association
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.

This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).