

**Tiểu sử Bệnh lý**  
( XIN TRẢ LỜI BẰNG TIẾNG ANH )

Tên: \_\_\_\_\_ Nam/Nữ Tuổi: \_\_\_\_\_ Cân nặng: \_\_\_\_\_ Cao: \_\_\_\_\_

Quý vị có đeo hay không? (xin khoanh một câu trả lời)

**Contacts:** Có Không **Hàm răng giả:** Có Không **Máy trợ thính:** Có Không Trái/Phải/Hai bên

Dị ứng với thuốc: \_\_\_\_\_  
(Xin ghi ra)

Dị ứng với thức ăn, băng keo, xà-bông, Chất Cao Xu, v.v...: \_\_\_\_\_  
(Xin ghi ra)

Ai sẽ chở quý vị về nhà: \_\_\_\_\_ Liên hệ: \_\_\_\_\_ ĐT: \_\_\_\_\_

**Dược phẩm đang uống ( Thuốc có toa/ Thuốc không có toa/Dược Thảo)-** (nếu không đủ chỗ xin viết vào giấy riêng kèm theo):

Tên thuốc	Độ lượng	Số lần mỗi ngày	Tên thuốc	Độ lượng	Số lần mỗi ngày
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

Quý vị hoặc người liên hệ huyết thống có từng bị phản ứng với thuốc tê mê không? Có Không

Nếu có, xin kể ra \_\_\_\_\_

Các lần giải phẫu trước/Ngày \_\_\_\_\_

**Bệnh Sử** (Đánh dấu vào các bệnh từng bị)

<p><b>Tim</b></p> <p>Đau ngực Suy tim ứ máu Nhịp tim bất thường Nổi mạch máu tim, số lần Huyết áp cao Đặt pacemaker</p>	<p><b>Phổi</b></p> <p>Suyễn/Dùng thuốc hít Nang thủng phổi (emphysema) Bệnh phổi COPD /Dùng oxy? Viêm cuống phổi Dị ứng Ngưng thở khi ngủ/Đeo CPAP? Hút thuốc, số bao thuốc/ngày</p>	<p><b>Tuyến giáp trạng</b></p> <p>Cường giáp trạng Nhuộc giáp trạng</p> <p align="center"><b>Mắt</b></p> <p>Mắt cườm Mổ võng mạc</p>
<p><b>Thận</b></p> <p>Nhiễm trùng tiểu kinh niên Lọc thận, Khi nào _____ Đi tiểu ban đêm, số lần _____</p>	<p><b>Gan</b></p> <p>Viêm gan A, B hoặc C Chai gan</p>	<p><b>Tiểu đường</b></p> <p>Thuốc uống Chích Insulin Thường/NPH Ăn kiêng</p>
<p><b>Hệ Thần kinh trung ương</b></p> <p>Đột quỵ/TIA's Kinh giật/Cơn nhức đầu migraines</p> <hr/> <p><b>Thử Thai</b></p> <p>Có thể quý vị đang mang thai không ? Nếu có, xin liên lạc với bác sĩ của quý vị</p>	<p><b>Vấn đề khác</b></p> <p>Uống rượu Mức độ _____ Thuốc cấm Loại gì _____ Rối loạn xuất huyết Lịch Sử Bệnh Tâm Thần Đang/Đã dùng thuốc FLOMAX</p>	<p><b>STICKER CỦA BỆNH NHÂN</b></p>

Chữ ký Bệnh nhân/Người Giám Hộ \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_