

Memorial Hermann Medical Group
Tiền Sử Của Bệnh Nhân Mới-Phẫu thuật đại trực tràng

Ngày Hôm Nay: _____

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Email: _____

Lý do thăm khám: _____

Làm thế nào quý vị biết đến chúng tôi? _____

BÁC SĨ CHUYÊN KHOA

Vui lòng liệt kê các bác sĩ khác mà quý vị thăm khám.

Biệt được

Vui lòng liệt kê các bác sĩ khác mà quý vị thăm khám.	Biệt được

TIỀN SỬ BỆNH GIA ĐÌNH

Vui lòng đánh dấu vào bất kỳ bệnh lý nào mà thành viên gia đình quý vị gặp phải.

BỆNH LÝ	BỐ	MẸ	ANH EM	CHỊ EM	KHÁC
Rối loạn miễn dịch					
Ung thư (dạng nào?)					
Viêm đại tràng					
Ung thư đại trực tràng					
Tiểu đường					
Đau tim (bao nhiêu tuổi?)					
Huyết áp cao					
Cholesterol cao					
Viêm loét đại tràng					
Polyp đại tràng					
Bệnh về tuyến giáp					
Đột quỵ					
Khác					

MEMORIAL
HERMANN

New Patient Medical History -
Colorectal Surgery



TIỀN SỬ BỆNH TRƯỚC ĐÂY

Đánh dấu vào các ô đúng với quý vị.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bồn chồn | <input type="checkbox"/> Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) | <input type="checkbox"/> Bệnh về thận |
| <input type="checkbox"/> Bệnh suyễn | <input type="checkbox"/> Đau tim (bao nhiêu tuổi?) _____ | <input type="checkbox"/> Rối loạn ngưng thở khi ngủ |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn máu/đông máu | <input type="checkbox"/> Bệnh tim (tắc nghẽn động mạch) | <input type="checkbox"/> Đột quỵ |
| <input type="checkbox"/> Ung thư: _____ | <input type="checkbox"/> Suy tim | <input type="checkbox"/> Bệnh về tuyến giáp |
| <input type="checkbox"/> Trầm cảm | <input type="checkbox"/> Huyết áp cao | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiểu đường | <input type="checkbox"/> Cholesterol cao | _____ |

TIỀN SỬ PHẪU THUẬT

Vui lòng liệt kê mọi phẫu thuật quý vị đã trải qua.

Ngày

Vui lòng liệt kê mọi phẫu thuật quý vị đã trải qua.	Ngày

THĂM KHÁM DUY TRÌ SỨC KHỎE

Quý vị có thực hiện những xét nghiệm này không?

Nếu có, vui lòng liệt kê ngày (tháng/ngày/năm) và kết quả.

Không

Quý vị có thực hiện những xét nghiệm này không?	Nếu có, vui lòng liệt kê ngày (tháng/ngày/năm) và kết quả.	Không
Quét mật độ xương		
Xét nghiệm COVID		
Vắc-xin COVID		
Tầm soát ung thư ruột kết		
o Soi ruột kết		
o Xét nghiệm hóa miễn dịch phân (FIT-DNA) (Ví dụ: Cologuard)		
o Xét nghiệm máu ẩn trong phân (FOBT) (Ví dụ: Hemoccult Sensa)		
o Khác - Danh sách tên xét nghiệm		
Khám bệnh võng mạc tiểu đường		
Chụp Quang Tuyến Vú		
Phết tế bào cổ tử cung		

MEMORIAL
HERMANNNew Patient Medical History -
Colorectal Surgery

THÓI QUEN GIAO TIẾP

Sử Dụng Thuốc Lá: Đang hút hàng ngày Đang hút vài ngày một lần Trước đây Chưa bao giờ

Loại (nếu có): _____

Tiếp Xúc Với Thuốc Lá: Không Tại Nơi Làm Việc Tại Nhà

Nếu quý vị đang hút thuốc hoặc trước đó có hút, năm vừa rồi quý vị có hút nữa không? Có Không

Sử Dụng Rượu: * Tần suất quý vị sử dụng đồ uống có cồn trong năm qua:

Không bao giờ hàng tháng hoặc ít hơn 2-4 lần/tháng 2-3 lần/tuần Nhiều hơn 4 lần/tuần

* Quý vị thường uống bao nhiêu ly vào ngày sử dụng thức uống có cồn trong năm qua?

1-2 3-4 5-6 7-9 Nhiều hơn 10

* Tần suất quý vị uống từ 6 ly trở lên cho một dịp nào đó trong năm qua?

Không bao giờ ít hơn hàng tháng hàng tháng hàng tuần hàng ngày hoặc gần như hàng ngày

* Loại thức uống có cồn: Bia Rượu vang Rượu mạnh

Sử Dụng Chất

Gây Nghiện: Hiện tại Trước đây Chưa bao giờ

Loại (nếu có): _____

Tập Thể Dục: Không tập thể dục Tập Nhẹ Tập Vừa Phải Tập Nặng/Cường Độ Cao

Nếu có, mỗi tuần quý vị tập mấy ngày? _____

Nếu có, mỗi lần quý vị tập trong bao lâu? _____

Nghề Nghiệp: _____ Sinh viên Đã nghỉ hưu Thất nghiệp

TIỀN SỬ SẢN KHOA

Quý vị đã mang thai bao giờ chưa? N/A Không Có

Nếu có, hãy liệt kê những lần mang thai ở đây: _____

NGÀY/NĂM	TUẦN THAI	SINH NỞ: SINH THƯỜNG, SINH MỔ, SẢY THAI, V.V.	GIỚI TÍNH CỦA EM BÉ

Quý vị có gặp biến chứng nào trong khi mang thai không? N/A Không Có

Nếu có, vui lòng mô tả: _____

MEMORIAL
HERMANN

New Patient Medical History -
Colorectal Surgery



THUỐC

- Tôi hiện không sử dụng bất kỳ thuốc nào.
- Tôi đã mang theo danh sách các thuốc đang sử dụng tại nhà. [Quý vị không cần viết ra tên thuốc nếu quý vị đã mang theo một danh sách đầy đủ].

Liệt kê tất cả các thuốc trước khi đánh giá. Bao gồm thuốc không kê đơn, thuốc thay thế, thảo dược và thuốc kê đơn.

TÊN THUỐC	NỒNG ĐỘ	SỐ VIÊN/ LẦN?	SỐ LẦN/ NGÀY?	NGƯỜI KÊ ĐƠN	DÙNG ĐÚNG THEO ĐƠN THUỐC?
Ví dụ: <i>Tylenol</i>	<i>100mg</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>Bác sỹ Smith</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Thuốc chống đông máu: *khoanh tròn nếu quý vị đang dùng*

Plavix/Clopidogrel, Coumadin/Warfarin, Aspirin 81/325, Eliquis/Apixaban, Brilinta/Ticagrelor, Enoxaparin/Lovenox, Persantin/Dipyridamole, Ticlid/Ticlopidine, Khác: _____

Nhà thuốc địa phương: _____ Số Điện Thoại: _____

Nhà thuốc nhận đặt mua qua đường bưu điện: _____ Số Điện Thoại: _____

DỊ ỨNG

- Không phát hiện dị ứng

DƯỢC PHẨM/THỰC PHẨM/ MÔI TRƯỜNG	PHẢN ỨNG	MỨC ĐỘ
		<input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng
		<input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng
		<input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng
		<input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng
		<input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng
		<input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng
		<input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng

Tôi đã hoàn thành phần bên trên dựa trên hiểu biết tốt nhất của tôi.

a.m.

p.m.

Chữ ký của bệnh nhân / Người giám hộ

Tên viết hoa

Mối quan hệ với bệnh nhân

Ngày

Giờ

**MEMORIAL
HERMANN**

New Patient Medical History -
Colorectal Surgery

