

Tên: \_\_\_\_\_ Sinh Nhật \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tuổi \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

### LỊCH SỬ Y KHOA

Bạn có dị ứng với thuốc nào không?  Không  Có. Nếu có, xin giải thích: \_\_\_\_\_

Xin viết bất cứ loại thuốc bạn dùng (bao gồm cả thuốc ngừa thai, aspirin, thuốc không cần toa, vitamin và thuốc bắc) và tác dụng của thuốc: \_\_\_\_\_

Xin viết tất cả các chấn thương lớn, phẫu thuật và / hoặc nhập viện bạn đã có: \_\_\_\_\_

Đánh dấu bất cứ những điều sau đây mà áp dụng cho bạn:

Mắt Lè  Lười mắt  Rủ mí  Nổi bật đôi mắt  Bệnh võng mạc mắt  
 Tăng xuất áp  Bị thương mắt  Đục thủy tinh  Nhiễm trùng mắt  Khác hơn \_\_\_\_\_

Có bạn có đang mang thai và / hoặc dưỡng con không?  Không  Có

Bạn có đeo kính không?  Không  Có. Nếu có, cặp kính của bạn hiện nay bao lâu rồi? \_\_\_\_\_

Toa kính bao lâu rồi? \_\_\_\_\_ Có vấn đề với toa kính của bạn không? \_\_\_\_\_

Bạn có đeo kính áp tròng?  Không  Có. Nếu có, cặp kính của bạn hiện nay bao lâu rồi? \_\_\_\_\_

Toa kính áp tròng bao lâu rồi? \_\_\_\_\_ Có vấn đề với toa kính áp tròng của bạn không? \_\_\_\_\_

Loại kính áp tròng:  Cứng  Mềm  Mang kéo dài  Khác hơn \_\_\_\_\_

Bạn thường xuyên quăng kính áp tròng của bạn  hàng ngày  1-2 tuần  1-2 tháng  Khác hơn \_\_\_\_\_

Có thoải mái không?  Có  Không. Nếu không, bạn có những vấn đề gì? \_\_\_\_\_

### LỊCH SỬ Y KHOA CỦA GIA ĐÌNH

Xin lưu ý bất cứ lịch sử gia đình (cha mẹ, ông bà, anh chị em, trẻ em; sống hoặc đã chết) cho các điều kiện sau đây:

BỆNH/ĐIỀU KIỆN	KHÔNG	CÓ	?	QUAN HỆ VỚI BẠN
Mù	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Đục thủy tinh thể	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mắt Lè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
tăng xuất áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thoái hóa điểm vàng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Võng mạc bong / bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Viêm khóp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ung thư	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bệnh tiểu đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bệnh tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cao huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bệnh thận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bệnh tuyến giáp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Khác hơn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC & SỞ THÍCH

Football  Bóng chày/Bóng ném  Bóng rổ / bóng chuyền  
 Bóng đá  Thể thao nước  Môi trường làm việc bụi  
 Máy tính  Sở thích  Khác \_\_\_\_\_

**(điền vào trang sau)**

## LỊCH SỬ XÃ HỘI

**Những thông tin này bảo đảm tuyệt mật. Tuy nhiên, bạn có thể thảo luận về phần này trực tiếp với bác sĩ nếu bạn thích.**  Tôi sẽ lựa chọn thảo luận về những thông tin lịch sử xã hội của tôi trực tiếp với bác sĩ.

Bạn có lái xe không?  Không  Có. Nếu có, bạn có gặp khó khăn nhìn khi lái xe không?  Không  Có.  
Nếu có, xin diễn tả \_\_\_\_\_

Bạn có dùng sản phẩm thuốc lá không?  Không  Có. Nếu có, loại / lượng / bao lâu \_\_\_\_\_

Bạn có uống bia/rượu không?  Không  Có. Nếu có, loại / lượng / bao lâu \_\_\_\_\_

Bạn có dùng thuốc bất hợp pháp không?  Không  Có. Nếu có, loại / lượng / bao lâu \_\_\_\_\_

Bạn đã bao giờ bị nhiễm:  Bệnh lậu  Viêm gan  HIV  Giang mai  Khác \_\_\_\_\_

Tôi đã không bị tiếp xúc hoặc nhiễm bất cứ các bên trên.

## RÀ SOÁT VỀ HỆ THỐNG

Bạn có đang, hoặc có bao giờ từng có vấn đề trong những lĩnh vực sau:

HỆ THỐNG	Không	Có	?	HỆ THỐNG	Không	Có	?
<b>Hiển pháp</b>				<b>Tai, mũi, miệng, họng</b>			
Sốt, Giảm cân / tăng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dị ứng / cỏ khô sốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Da</b>				Nghẹt mũi			
Da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chảy nước mũi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Thần kinh</b>				Mũi nhỏ giọt			
Nhức đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh viêm phế quản kinh niên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đau nửa đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Khô cổ họng / miệng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cơn động kinh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Đường hô hấp</b>			
<b>Mắt</b>				Hen suyễn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mù	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viêm phế quản kinh niên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mờ mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh thung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mắt Lé / Thấy hình tròn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Mạch máu / Về tim mạch</b>			
Mắt thấy bên hông	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh tiểu đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thấy đôi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đau tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khô mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cao huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chất nhầy xả	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh mạch máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đỏ mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Đường tiêu hóa</b>			
Cảm giác cát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiêu chảy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ngứa mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Táo bón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nóng mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinh dục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ngoại cảm giác cơ thể	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bộ phận sinh dục/thận/bàng quang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dư nước mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Xương / Khớp / Cơ bắp</b>			
Chói / Độ nhạy sáng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viêm khớp dạng thấp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đau mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đau cơ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nhiễm trùng mí mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đau khớp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chuông hoặc Chalazion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bạch huyết / Huyết học</b>			
Đèn chớp / hạt trong mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thiếu máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mệt mỏi mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chảy máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nội tiết</b>				Dị ứng / miễn dịch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuyến giáp/Tuyến khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nếu bạn trả lời CÓ cho một trong các bên trên hoặc có điều kiện không ghi. Xin vui lòng giải thích & viết thuốc:** \_\_\_\_\_

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

Chữ ký của bác sĩ \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_