

BẢNG CÂU HỎI KIỂM TRA SỨC KHỎE (KHÁM ĐẶC ĐỊNH)

Mã số quản lý

ID

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|---|--|
| T | | E | | I | | D | |
| ※Chúng tôi có thể sẽ liên hệ với bạn trong trường hợp khẩn cấp, vì vậy, xin vui lòng cung cấp số điện thoại để liên lạc. | | | | | | | |
| Nội dung kiểm tra | | | | | | | |
| ※Số tuổi tại thời điểm cuối niên độ năm nay | | | | | | | |
| Ngày tháng năm sinh | | | | | | | |
| Ngày khám | | | | | | | |

* Xin vui lòng **điền trước bảng câu hỏi bằng bút chì** và mang theo vào ngày hôm đó. Ngoài ra, sau khi kiểm tra sức khỏe nhất định phải nộp lại cho nhân viên phụ trách.
 * Vì sẽ xử lý bằng máy, vì thế xin vui lòng không để bảng câu hỏi bị dơ bẩn hoặc bị uốn cong, gấp nếp.
 * Xin vui lòng mang theo thẻ bảo hiểm sức khỏe và thẻ khám bệnh.

| | |
|--|---|
| Bảng câu | Vui lòng gạch <input type="checkbox"/> vào mục tương ứng trả lời các câu hỏi sau đây. |
| ※ 1 Hiện tại, bạn có uống những loại thuốc nào từ a đến c không? a Thuốc hạ huyết áp <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không b Thuốc giảm lượng đường trong máu hoặc tiêm thuốc insulin <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không c Thuốc giảm mỡ trong máu và chất béo trung tính <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| 2 Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh tai biến mạch máu não (xuất huyết não, nhồi máu não, v.v...) và được nhận điều trị hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| 3 Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh tim (chứng đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, v.v...) và được nhận điều trị hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| 4 Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh thận mạn tính hay suy thận và được nhận điều trị (chạy thận nhân tạo, v.v...) hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| 5 Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán bị thiếu máu bao giờ chưa? <input type="checkbox"/> Có () năm trước <input type="checkbox"/> Không (ngoại trừ đang mang thai) | |
| ※ 6 Hiện tại bạn có thói quen hút thuốc không? (* "Người hiện đang có thói quen hút thuốc lá" là những người "hút tổng cộng trên 100 điếu hoặc hút trên 6 tháng" và hiện vẫn đang hút trong vòng 1 tháng gần đây) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| 7 So với năm 20 tuổi, cân nặng hiện tại có tăng trên 10kg hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| 8 Bạn có duy trì hơn 1 năm liên tục vận động nhẹ để ra mồ hôi từ 2 ngày trở lên trong tuần và mỗi lần kéo dài hơn 30 phút hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| 9 Trong cuộc sống hằng ngày, bạn có đi bộ hay vận động cơ thể tương đương khoảng trên 1 tiếng 1 ngày không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| 10 So với những người bạn cùng độ tuổi và cùng giới tính bạn đi bộ có nhanh hơn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| 11 Khi cắn nhai thức ăn bạn thuộc vào trạng thái nào? <input type="checkbox"/> Có thể cắn và nhai tất cả các loại thức ăn <input type="checkbox"/> Khó cắn nhai thức ăn vì có những chỗ răng cắn không khớp <input type="checkbox"/> Hầu như không thể cắn nhai được | |
| 12 Bạn có hay dùng bữa tối trong vòng 2 tiếng trước khi đi ngủ và từ 3 lần trở trên trong một tuần hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| 13 Ngoài 3 bữa chính sáng trưa tối, bạn có thường ăn hay uống đồ ngọt không? <input type="checkbox"/> Hằng ngày <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hầu như không | |
| 14 Bạn có bỏ bữa sáng từ 3 lần trở lên trong một tuần hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| 15 Bạn có ngủ đủ giấc hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| 16 So với mọi người tốc độ ăn của bạn như thế nào? <input type="checkbox"/> Nhanh <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Chậm | |
| ※ 17 Tần suất uống rượu (rượu Nhật, rượu Sochu, bia, rượu tây, v.v...) của bạn thế nào? <input type="checkbox"/> Hằng ngày <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hầu như không uống (không thể uống) | |
| 18 Với người có uống rượu, lượng uống tương ứng trong một ngày khoảng bao nhiêu? 1 ly (180ml) rượu Nhật tương ứng: 1 chai bia (khoảng 500ml), (110ml) rượu Sochu 25 độ, 1 ly (60ml) rượu Whisky double, 2 ly (240ml) rượu vang <input type="checkbox"/> Chưa đến 1 ly <input type="checkbox"/> Từ 1 ly đến chưa đầy 2 ly <input type="checkbox"/> Từ 2 ly đến chưa đầy 3 ly <input type="checkbox"/> Trên 3 ly | |
| 19 Bạn có ý định cải thiện thói quen cuộc sống như vận động, ăn uống, v.v...không? <input type="checkbox"/> Không có ý định cải thiện <input type="checkbox"/> Có ý định cải thiện (trong khoảng 6 tháng) <input type="checkbox"/> Có ý định cải thiện trong thời gian gần (khoảng 1 tháng) và bắt đầu từ từ <input type="checkbox"/> Đang nỗ lực cải thiện (chưa được 6 tháng) <input type="checkbox"/> Đang nỗ lực cải thiện (trên 6 tháng) | |
| 20 Nếu có cơ hội được hướng dẫn chăm sóc sức khỏe cải thiện thói quen sinh hoạt bạn có sử dụng không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |

| Tiền sử bệnh | Trường hợp có tiền sử bệnh, vui lòng gạch <input type="checkbox"/> vào ô tương ứng. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------|---------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|---|--|--|--|--|--|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|---|--|--|--|--|--|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Không có gì đặc biệt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Đang điều trị</th> <th>Điều trị dứt điểm</th> <th>Bỏ lơ</th> <th>Phẫu thuật</th> <th>Độ tuổi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cao huyết áp</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Tiểu đường</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Rối loạn lipid máu</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Bệnh não</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Bệnh tim</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Bệnh thận</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Thiếu máu</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Gout/Tăng axit uric máu</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Viêm gan B</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Viêm gan C</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Rối loạn chức năng gan</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Bệnh tuyến tiền liệt</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Bệnh tuyến giáp</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>Khác ①</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>[</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Khác ②</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>[</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Khác ③</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="88"/></td> </tr> <tr> <td>[</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Đang điều trị | Điều trị dứt điểm | Bỏ lơ | Phẫu thuật | Độ tuổi | Cao huyết áp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Tiểu đường | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Rối loạn lipid máu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Bệnh não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Bệnh tim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Bệnh thận | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Thiếu máu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Gout/Tăng axit uric máu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Viêm gan B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Viêm gan C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Rối loạn chức năng gan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Bệnh tuyến tiền liệt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Bệnh tuyến giáp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | Khác ① | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | [| | | | | | Khác ② | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | [| | | | | | Khác ③ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | [| | | | | |
| | Đang điều trị | Điều trị dứt điểm | Bỏ lơ | Phẫu thuật | Độ tuổi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cao huyết áp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiểu đường | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rối loạn lipid máu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bệnh não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bệnh tim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bệnh thận | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Thiếu máu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gout/Tăng axit uric máu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viêm gan B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viêm gan C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rối loạn chức năng gan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bệnh tuyến tiền liệt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bệnh tuyến giáp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Khác ① | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Khác ② | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Khác ③ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value="88"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Triệu chứng cơ năng | 000000 Nếu có những biểu hiện lâm sàng, hãy gạch <input type="checkbox"/> vào ô tương ứng với biểu hiện trong 1 tháng gần đây. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 0. Không có gì đặc biệt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Sưng phù mắt/tay chân <input type="checkbox"/> 2. Khô miệng <input type="checkbox"/> 3. Tiểu ra máu <input type="checkbox"/> 4. Đi tiểu khó <input type="checkbox"/> 5. Thường xuyên đi tiểu <input type="checkbox"/> 6. Cơ thể mệt mỏi, uể oải <input type="checkbox"/> 7. Sụt cân đột ngột <input type="checkbox"/> 8. Biểu hiện khác | <input type="checkbox"/> 9. Tê tay chân <input type="checkbox"/> 10. Nói líu lưỡi <input type="checkbox"/> 11. Nhức đầu <input type="checkbox"/> 12. Chóng mặt, mắt thẳng băng <input type="checkbox"/> 13. Đau/tức ngực <input type="checkbox"/> 14. Bồn chồn/khó thở <input type="checkbox"/> 15. Mạch loạn | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tiếp tục về tiền sử bệnh ② (bệnh về mắt) ở mặt sau

Mục kiểm tra ① (ô nhân viên phụ trách điền)

Kiểm tra nước tiểu (M) Có

Rối loạn chức năng thận Có



Đạm - ++ + 2+ 3+ 4+ 5+

Đường - ++ + 2+ 3+ 4+ 5+

Máu ẩn (trong phân hoặc nước tiểu) - ++ + 2+ 3+ 4+ 5+

Cân nặng . kg 70

Chiều cao . cm 175

Vòng bụng . cm 80

Huyết áp Lần 1 / • Hôm nay có uống thuốc huyết áp không (Có • Không)

Lần 2 /

Máu Sau ăn . tiếng • Thời gian ăn uống gần nhất _____ giờ

Ký hiệu lấy máu

Đường huyết Đường huyết lúc bụng rỗng HbA1c Lượng muối tiêu thụ ước lượng

Viêm gan ※ Pepsinogen

PSA Rubella

(kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt)

• Sử dụng thuốc chống đông máu (Có • Không)

• Tiền sử ngưng kết đông máu (Có • Không)

Mật độ xương (siêu âm) . • Nguyên vọng dùng kim truyền tĩnh mạch (Có • Không)

Nhận xét của nhân viên phụ trách

Mục kiểm tra ② (ô nhân viên phụ trách điền)

| Khám nội khoa | Cần hướng dẫn (đang điều trị) | Cần chăm sóc y tế |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Loạn nhịp tim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tiếng thổi ở tim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Âm thanh hơi thở bất thường | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Thiếu máu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Phù nề | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Rối loạn giác quan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Phi đại tuyến giáp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bác sĩ số Không có gì đặc biệt

Tiền sử bệnh ②

Trường hợp có tiền sử bệnh, vui lòng gạch vào ô tương ứng.

| Không có gì đặc biệt | Đang điều trị | Điều trị dứt điểm | Bỏ lơ | Phẫu thuật | Độ tuổi |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Đục thủy tinh thể (Trái Phải Cả hai mắt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Tăng nhãn áp (Trái Phải Cả hai mắt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Khác [Ⓞ] (Trái Phải Cả hai mắt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Tên bệnh () | | | | | |
| Khác [Ⓞ] (Trái Phải Cả hai mắt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Tên bệnh () | | | | | |

Xét nghiệm thiếu máu Chi định của bác sĩ Có tiền sử bệnh (chỉ với người đã khỏi bệnh hoặc bỏ lơ tình trạng bệnh trong vòng 5 năm)
 Có nghi ngờ bằng kiểm tra trực quan
 Có tiền sử bệnh và cả kiểm tra trực quan

Creatinin Chi định của bác sĩ

Điện tâm đồ Chi định của bác sĩ

HR

Quan sát đáy mắt Chi định của bác sĩ

Phải No.

Trái No.