**Tên bệnh nhân/Patient name:**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Ngày sinh/DOB**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày/Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lịch sử xã hội/Social History**

Nghề nghiệp/Occupation:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng/Employer:

Bằng cấp/Trình độ học vấn cao nhất:/Degree/Highest Education Level:

Tình trạng hôn nhân (khoanh tròn một)/ Marital Status (circle one): Đơn/Single Cộng sự/Partner Đã cưới/Married đã ly hôn/Divorced góa bụa/Widowed

Tên vợ/chồng/đối tác/Spouse/Partner’s Name: Số lượng trẻ em/Number of children:

Số lượng cháu/Number of grandchildren: Số chắt/Number of great grandchildren:

Ai sống ở nhà với bệnh nhân/Who lives at home with you?

**Chức năng Độc lập, trợ lý tối thiểu, trợ lý vừa phải, trợ lý đầy đủ/ Function Independent, minimal assistant, moderate assistant, full assistan**t

Trong 12 tháng qua có bị ngã lần nào không?/In the last 12 months, any falls? có/yes Bao nhiêu/How many? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ KHÔNG/no

 **Sử dụng thuốc lá/Tobacco Use**

Hút thuốc? (tròn một)/Smoker? (circle one) có/yes Không/no

If No: Have you ever? có/yes Không/no

If Yes: Quit date: How many years: Packs/day:

Other tobacco use (tròn một)/(circle one): Pipe Cigar Snuff Chew

**Sử dụng rượu/Alcohol Use**

Bệnh nhân có uống rượu không?/Do you drink alcohol? có/yes Không/no

# đồ uống mỗi tuần/# of drinks per week: Type?(circle one) Bia/Beer Rượu nho/Wine Rượu/Liquor

**Sử dụng ma túy/Drug Use**

Bệnh nhân có sử dụng cần sa hoặc các loại thuốc kích thích khác không?/Do you use Marijuana or other recreational drugs? có/yes Không/no

Bệnh nhân đã từng sử dụng kim tiêm để tiêm thuốc chưa?/ Have you ever used needles to inject drugs? có/yes Không/no

**Trong 2 tuần qua, bệnh nhân có cảm thấy khó chịu vì/ In the past 2 weeks, have you been bothered by:**

Cảm thấy buồn hoặc trống rỗng/Feeling sad or empty có/yes Không/no

Cảm giác vô giá trị/Feelings of worthlessness có/yes Không/no

Ít khả năng suy nghĩ hoặc tập trung/Less ability to think or concentrate có/yes Không/no

Ít quan tâm đến hoạt động hàng ngày/Less interest in daily activities có/yes Không/no

Nước mắt/Tearfulness có/yes Không/no

Ý nghĩ về cái chết hoặc tự tử/Thoughts of death or suicide có/yes Không/no

Weight loss or gain when not dieting có/yes Không/no

**Bệnh nhân có bị dị ứng với thuốc nào không?/Do you have any allergies to medications? có/yes Không/no**

Nếu có, thuốc gì và phản ứng của bệnh nhân/If yes, what are the medications and your reactions: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Preventative Screenings (Please Circle Yes or No)**

Nội soi đại tràng/Colonoscopy có/Yes khi nào/when\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Không/No

Chụp quang tuyến vú/ Mammogram có/Yes khi nào/when\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Không/No

Tiêm viêm phổi/Pneumonia shot có/Yes khi nào/ when\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Không/No

Tiêm phòng cúm/Flu shot có/Yes khi nào/when\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Không/No

phết tế bào cổ tử cung/Pap smear có/Yes khi nào/when\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Không/No

Khám mắt tiểu đường/Diabetes Eye Exam có/Yes khi nào/ when\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Không/No

Thể chất hàng năm/Annual Physical có/Yes khi nào/when\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Không/No

**Personal Medical History:** Do you have now or previously had any of the following?

Lạm dụng rượu/ma túy/Alcohol/Drug abuse có/Yes Không/No kiểu/Type: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sự lo lắng/Anxiety có/Yes Không/No

Hen suyễn/Asthma có/Yes Không/No

Viêm khớp/Arthritis có/Yes Không/No kiểu/Type:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Các vấn đề về bàng quang/thận/Bladder/Kidney Problems có/Yes Không/No

Cục máu đông/Blood Clot có/Yes Không/No Ở đâu/Where:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bệnh ung thư/Cancer có/Yes Không/No kiểu/Type: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Suy giáp/cường giáp/Hypo/hyperthyroidism có/Yes Không/No

Bệnh tim/Heart Disease có/Yes Không/No kiểu/Type:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bệnh tiểu đường/Diabetes có/Yes Không/No kiểu/Type:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ợ nóng/Heart Burn có/Yes Không/No

tăng huyết áp/Hypertension có/Yes Không/No

Gout có/Yes Không/No

cao/High Cholesterol có/Yes Không/No

Bệnh gan/Liver Disease có/Yes Không/No

**Family Medical History Type/Where Family Member**

Alcohol/Drug abuse có/Yes Không/No

Allergies có/Yes Không/No

Anxiety có/Yes Không/No

Asthma có/Yes Không/No

Arthritis có/Yes Không/No

Bladder/Kidney Problems có/Yes Không/No

Blood Clot có/Yes Không/No

Cancer có/Yes Không/No

Hypo/hyperthyroidism có/Yes Không/No

Heart Disease có/Yes Không/No

Diabetes có/Yes Không/No kiểu/Type:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heart Burn có/Yes Không/No

Hypertension có/Yes Không/No

Gout có/Yes Không/No

High Cholesterol có/Yes Không/No

Liver Disease có/Yes Không/No

**Surgical History:** Have you ever had surgery/procedures for any of these reasons? (circle one)

ruột thừa/Appendix có/yes no Năm/Year: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

lưng/Back có/yes no Năm/Year: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tim/Heart có/yes no Năm/Year: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hip có/yes no Năm/Year: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cắt bỏ tử cung/Hysterectomy có/yes no Năm/Year: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C-Section có/yes no Năm/Year: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bilateral Tubal Ligation (Tubes tied) có/yes no Năm/Year: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gallbladder removal có/yes no Năm/Year: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Breast Surgery có/yes no Năm/Year:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tonsillectomy có/yes no Năm/Year:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hernia Repair có/yes no Năm/Year: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vui lòng viết ra bất kỳ/tất cả các loại thuốc, liều lượng và hướng dẫn sử dụng hiện tại.

Thuốc/Medication liều lượng/Dosage Hướng/Directions

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_