

PUGET SOUND NEIGHBORHOOD HEALTH CENTERS
Chương Trình Trung Tâm Sức Khỏe Ở Trường

Mẫu Quá Trình Bệnh Lý Thiếu Niên

Tên Học Sinh _____ Ngày Sinh _____ Ngày Điền Mẫu _____

Chữ Ký Người Điền Mẫu _____

QUÁ TRÌNH SỨC KHỎE CÁ NHÂN

Học sinh có bị bất cứ bệnh nào sau đây hay không?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nghiện rượu/thuốc | <input type="checkbox"/> Ung thư | <input type="checkbox"/> Viêm gan (Vàng da) | <input type="checkbox"/> Tai nạn nghiêm trọng |
| <input type="checkbox"/> Thiếu máu | <input type="checkbox"/> Thủy đậu | <input type="checkbox"/> Bị thương đầu gối hoặc cổ chân | <input type="checkbox"/> Giải phẫu |
| <input type="checkbox"/> Viêm khớp | <input type="checkbox"/> Buồn chán | <input type="checkbox"/> Khuyết tật học tập/ADD | <input type="checkbox"/> Bệnh tuyến giáp |
| <input type="checkbox"/> Suyễn | <input type="checkbox"/> Tiểu đường | <input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần/cảm xúc | <input type="checkbox"/> Nhiễm trùng đường tiểu |
| <input type="checkbox"/> Dị ứng | <input type="checkbox"/> Truyền máu | <input type="checkbox"/> Bị thương đầu/cổ | <input type="checkbox"/> Thủ Lao ở da dương tính |
| <input type="checkbox"/> Gãy xương | <input type="checkbox"/> Bệnh tim | <input type="checkbox"/> Co quắp (động kinh) | |
- Những bệnh, giải phẫu, vào bệnh viện, thương tích hoặc tình trạng nghiêm trọng khác (ghi rõ và cho biết năm) _____

Quý vị có quan ngại về con thiếu niên của mình về những vấn đề sau hay không?

- | | | | | | |
|-------------------------|--|----------------------------------|--|-------------------------|--|
| • Tiến bộ ở trường | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không | • Rượu hoặc thuốc | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không | • Đi chung xe với | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| • Bạn bè/quan hệ | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không | • Ăn uống/cân nặng | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không | • người lái xe đang say | |
| • Truyền thông | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không | • Tự trọng | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không | • Hút thuốc | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| • Kỷ luật | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không | • Sức khỏe hoặc hành vi tình dục | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không | • Nhai thuốc lá | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| • Tâm trạng thất thường | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không | • Lái xe khi say | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không | • Sức khỏe tổng quát | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |

Mới đây có bị các căng thẳng hoặc thay đổi lớn trong gia đình hay không? có không Nếu có, xin giải thích _____

Học sinh có cần được nhân viên cố vấn sức khỏe tâm thần hoặc y tá cao cấp khám ngay hay không? có không Nếu có, xin giải thích _____

Học sinh có được khám sức khỏe trong 2 năm qua hay không? có không Học sinh có được khám răng trong năm qua hay không? có không

Học sinh có bị dị ứng với bất cứ thuốc nào hay không? có không Nếu có, xin giải thích _____

THUỐC TÂY Không

Gồm thuốc viên ngừa thai và những món không cần toa bác sĩ như thuốc bổ, thuốc giảm đau, thuốc xổ, aspirin và được thảo.

Thuốc Tây/Ma Túy **Liều Lượng** **Lý Do**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

QUÁ TRÌNH CHỦNG NGỪA

Học sinh có chủng ngừa tăng cường Phong Đòn Gánh trong 10 năm qua hay không? có không

• Nếu có, năm nào? _____

Học sinh có chủng 3 lần Viêm Gan B hay không? có không

Học sinh có chủng 3 lần Viêm Gan A hay không? có không

Học sinh có bị Thủy Đậu hoặc chủng ngừa hay không? có không

QUÁ TRÌNH SỨC KHỎE GIA ĐÌNH

Học sinh sống với ai? (Xin ghi rõ liên hệ với những người đó) _____

Học sinh có bao nhiêu anh em? _____ chị em? _____

Học sinh có phải là con nuôi hay không? có không

Về mỗi căn bệnh dưới đây, xin cho chúng tôi biết có người nào trong gia đình (ông bà, cha mẹ, dì/chú, anh chị em) đã bị bệnh sau đây hay không.

	KHÔNG	CÓ	Nếu có, ai?		KHÔNG	CÓ	Nếu có, ai?
• Nghiện rượu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	• Đau tim trước 55 tuổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Ung thư vú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	• Mức cholesterol cao cần dùng thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Ung thư ruột già	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	• Cao áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Ung thư khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	• Tai biến mạch máu não trước 55 tuổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Liệt kê loại				• Thiệt mạng thính linh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Tiểu đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	• Lao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Nghiện thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

Bệnh hoặc tình trạng khác (giải thích) _____

Xin xem tiếp trang kế ➔

Revised 7/05 Health History Form - Vietnamese

FOR CLINIC USE ONLY

Reviewer/Date _____

Reviewer/Date _____

Reviewer/Date _____