

## Thông Tin về Y Tế của Bệnh Nhân/Trang về Vấn Đề Trở Ngại

| <u>I. Tình trạng bệnh hiện tại</u> | <u>Những thuốc kê toa</u> | <u>Bác sĩ chữa trị</u> | <u>Therapist Initials</u> |
|------------------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|
| 1. _____                           | _____                     | _____                  | _____                     |
| 2. _____                           | _____                     | _____                  | _____                     |
| 3. _____                           | _____                     | _____                  | _____                     |
| 4. _____                           | _____                     | _____                  | _____                     |
| 5. _____                           | _____                     | _____                  | _____                     |

| <u>II. Ghi những sự chấn thương trước đây/giải phẫu/nằm bệnh viện và những ngày xảy ra</u> | <u>Therapist Initials</u> |
|--|---------------------------|
| _____ Ngày: _____  | _____                     |
| _____ Ngày: _____  | _____                     |
| _____ Ngày: _____  | _____                     |
| _____ Ngày: _____  | _____                     |

| <u>III. Di Ứng/Phản Ứng Thuốc:</u> | <u>Therapist Initials</u> |
|------------------------------------|---------------------------|
| _____                              | _____                     |

**IV. Những tình trạng liên quan khác:**

**Đánh dấu tất cả những điều áp dụng đến quý vị nếu quý vị đã từng có tiểu sử bệnh:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Động kinh                       | <input type="checkbox"/> Đeo máy trợ tim                 | <input type="checkbox"/> Mạch máu/Hệ thống tuần hoàn |
| <input type="checkbox"/> Vấn đề về tuyến giáp trạng      | <input type="checkbox"/> Thay đổi tiểu tiện/đại tiện     | <input type="checkbox"/> Chóng mặt                   |
| <input type="checkbox"/> Tiểu đường                      | <input type="checkbox"/> Nhức đầu kinh niên              | <input type="checkbox"/> Thiếu máu                   |
| <input type="checkbox"/> Tai biến mạch máu não/CVA       | <input type="checkbox"/> Xuống cân không giải thích được | <input type="checkbox"/> Gân dây có bị té/ngã        |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tim                        | <input type="checkbox"/> Vấn đề về Gan/Thận              | <input type="checkbox"/> Gắn khớp xương giả          |
| <input type="checkbox"/> Ung Thư                         | <input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn/Hô Hấp               | <input type="checkbox"/> Bệnh trầm cảm               |
| <input type="checkbox"/> Viêm khớp(Rheumatoid arthritis) | <input type="checkbox"/> Bệnh về Hệ Thống Thần Kinh      | <input type="checkbox"/> Bệnh tăng nhãn áp           |
| <input type="checkbox"/> Nhồi máu cơ tim                 | <input type="checkbox"/> Cấy/Ghép kim loại vào cơ thể    | <input type="checkbox"/> Trở ngại về Nuốt            |
| <input type="checkbox"/> Viêm xương khớp(Osteoarthritis) | <input type="checkbox"/> Bệnh về Xương Nứt/ Gãy Xương    | <input type="checkbox"/> Bệnh khác: _____            |
| <input type="checkbox"/> Hiện tại đang mang thai         | <input type="checkbox"/> Hút thuốc                       |  |
| <input type="checkbox"/> Loãng xương                     | <input type="checkbox"/> Thoát vị(Thòng ruột)            |  |
| <input type="checkbox"/> Gân dây bị cảm/Sốt/Nóng lạnh    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cao huyết áp                    |  |  |

**Tôi ở đây xác nhận rằng tôi chỉ uống những thuốc đã được ghi.**

**Ký tên:** \_\_\_\_\_

**Lật qua**

## THÔNG TIN CỦA BỆNH NHÂN

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_ Nhiệm vụ công việc: \_\_\_\_\_

Hoạt động giải trí: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

### **Làm ơn trả lời ngắn gọn mỗi câu hỏi:**

Ngày nào bắt đầu có vấn đề? \_\_\_\_\_

Bị do chấn thương hoặc giải phẫu(vui lòng khoanh tròn một vấn đề) \_\_\_\_\_

Sự phàn nàn chính của quý vị là gì? \_\_\_\_\_

Ghi ngắn gọn sự chữa trị trước đây, nếu có: \_\_\_\_\_

Quý vị có bị tê và/hoặc lãng tăng không? \_\_\_\_\_ Ở đâu? \_\_\_\_\_

Đánh giá tổng quát sự đau đớn mỗi ngày:(Không đau=0) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10=có thể đau tệ nhất)

Đau có làm gián đoạn giấc ngủ của quý vị không?      CÓ \_\_\_\_\_ KHÔNG \_\_\_\_\_

Nếu có, quý vị có dễ dàng ngủ lại không?      CÓ \_\_\_\_\_ KHÔNG \_\_\_\_\_

Đau của quý vị giống như thế nào vào buổi sáng? \_\_\_\_\_

Đau của quý vị giống như thế nào vào buổi tối? \_\_\_\_\_

Điều gì làm cho đau/triệu chứng của quý vị tệ thêm? \_\_\_\_\_

Điều gì làm cho đau/triệu chứng của quý vị đỡ hơn? \_\_\_\_\_

Quý vị có đang uống thuốc cho vấn đề này không?      CÓ \_\_\_\_\_ KHÔNG \_\_\_\_\_

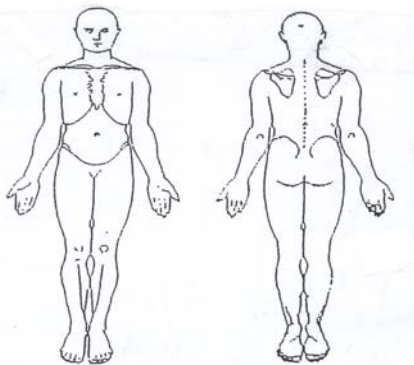
Nếu có, làm ơn ghi xuống: \_\_\_\_\_

Quý vị có từng chụp hình quang tuyến (X-ray), chụp cắt lớp(CTscan), MRIs hoặc những xét nghiệm chẩn đoán khác cho vấn đề của quý vị không?

CÓ(vui lòng ghi xuống): \_\_\_\_\_ KHÔNG: \_\_\_\_\_

Mục đích của quý vị là gì cho vật lý trị liệu? \_\_\_\_\_

### **VUI LÒNG TÔ ĐEN VÀO NHỮNG NƠI ĐAU/TRIỆU CHỨNG TRÊN HÌNH CỦA CƠ THỂ**



**Lật qua**

