

**Phuong T. Nguyen, MD, FACOG**  
CÂU HỎI VỀ SỨC KHỎE PHỤ KHOA

HỌ VÀ TÊN: \_\_\_\_\_  
NGÀY SINH: \_\_\_\_\_  
NGÀY: \_\_\_\_\_

Tên của Bác Sĩ gia đình: \_\_\_\_\_

Mô tả ngắn gọn những gì bạn muốn thảo luận với Bác Sĩ ngày hôm nay:

**Sức khỏe cá nhân:**

Số lần mang thai: \_\_\_\_\_ Số con sinh sống: \_\_\_\_\_ Số sinh đẻ tự nhiên: \_\_\_\_\_

Số sinh mổ: \_\_\_\_\_ Số sảy thai: \_\_\_\_\_ Số phá thai: \_\_\_\_\_ Số thai ngoài tử cung: \_\_\_\_\_

Ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt cuối: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tuổi có kinh nguyệt lần đầu: \_\_\_\_\_

Kinh nguyệt mỗi \_\_\_\_\_ ngày Kinh nguyệt kéo dài \_\_\_\_\_ ngày

Ngày Pap smear mới nhất: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Có bao giờ điều trị Pap bất thường?  Có  Không

Ngày chụp quang tuyến vú mới nhất: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ngày nội soi ruột mới nhất: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Bạn có quan hệ tình dục (trong 6 tháng qua)?  Có  Không

Phương pháp ngừa thai đang dùng: \_\_\_\_\_

Phương pháp ngừa thai trước đó: \_\_\_\_\_

Bệnh án bệnh lây truyền qua đường tình dục?  Có  Không.

Nếu có, liệt kê ra: \_\_\_\_\_

Số người khác phái bạn từng có quan hệ tình dục: \_\_\_\_\_

Liệt kê bất kỳ vấn đề y tế bạn có hoặc có đã (vui lòng thêm thông tin dưới đây nếu cần thiết):

Năm	Chẩn đoán

Liệt kê bất cứ giải phẫu nào bạn đã có (xin vui lòng thêm thông tin dưới đây nếu cần thiết):

Năm	Phương pháp	Bệnh viện hoặc Bác Sĩ

Liệt kê các dị ứng với thực phẩm, thuốc men hoặc cao su latex (vui lòng thêm thông tin dưới đây nếu cần thiết):

Tên thuốc	Phản ứng của bạn đã có

**Xin vui lòng tiếp tục ở mặt sau →**

Liệt kê các loại thuốc theo toa, vitamin, các sản phẩm thảo dược, và các loại thuốc không cần toa bác sĩ:

Thuốc	Độ lượng	Liều lượng

### Thói quen sức khỏe và an toàn cá nhân

Mô tả thói quen tập thể dục của bạn (bao lâu?): \_\_\_\_\_

Bạn tuân theo một chế độ ăn kiêng đặc biệt?  Có  Không. Mô tả: \_\_\_\_\_

Bạn có hút thuốc không?  Có  Không. Nếu có, mấy lần/ngày? \_\_\_\_\_ Mấy năm? \_\_\_\_

Bạn có uống rượu, bia?  Có  Không. Nếu có, mấy lần/ngày? \_\_\_\_\_ mấy lần /tuần? \_\_\_\_

Bạn có hoặc đã dùng thuốc gây nghiện?  Có  Không.

Bạn có cảm thấy an toàn khi ở nhà?  Có  Không.

Bạn có muốn thảo luận về bất cứ điều gì liên quan đến tình dục?  Có  Không.

Bạn có muốn thảo luận về bất cứ điều gì liên quan đến bạo lực gia đình/tình dục?  Có  Không.

Tình trạng hôn nhân:  Độc thân  bạn tình  kết hôn  Ly thân  Ly dị  góa phụ

Nghề nghiệp của bạn là gì? \_\_\_\_\_

### Bệnh án sức khỏe gia đình

Có ai trong gia đình bạn đã có:

Ung thư buồng trứng?  Không  Có (mối quan hệ với bạn / tuổi lúc chẩn đoán) \_\_\_\_\_

Ung thư vú?  Không  Có (mối quan hệ với bạn / tuổi lúc chẩn đoán) \_\_\_\_\_

Ung thư ruột?  Không  Có (mối quan hệ với bạn / tuổi lúc chẩn đoán) \_\_\_\_\_

Bệnh tiểu đường?  Không  Có (mối quan hệ với bạn / tuổi lúc chẩn đoán) \_\_\_\_\_

Đứng tim trước 55 tuổi?  Không  Có (mối quan hệ với bạn) \_\_\_\_\_

Tai biến mạch máu não trước 55 tuổi?  Không  Có (mối quan hệ với bạn) \_\_\_\_\_

### REVIEW OF SYSTEMS

Vòng tròn bất kỳ vấn đề bạn có trong các lĩnh vực sau:

**General:** giảm cân      béc hỏa      đổ mồ hôi đêm

**Ears/Nose/Throat:** ho      dị ứng theo mùa      nghe không rõ

**Lungs:** suyễn      khó thở

**Heart:** hội hộp tim      đau tim

**Back:** đau lưng

**Bowels:** táo bón      tiêu chảy      đau bụng      bụng đầy hơi      máu trong phân

**Bladder:** nhiễm trùng đường tiểu      máu trong nước tiểu      tiểu buốt      tiểu són

**Endocrine:** bệnh tiểu đường      hạ đường huyết      bệnh tuyến giáp

không thể chịu đựng lạnh hay nóng

**Sexual function:** đau khi giao hợp      thiếu ham muốn tình dục

**Psychiatric:** hội hộp      tâm trạng thay đổi tính      đau đ ầu      chứng mất ngủ