

Providence Medical Group
Gateway Family Medicine

Chào mừng quý vị đến với Providence Medical Group Family Medicine

Tên và danh xưng ưa thích: _____ Ngày sinh: _____

Tên pháp lý (nếu khác) _____

Ai là người liên lạc khẩn cấp của quý vị (tên và số điện thoại)? _____

Quý vị có Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe/Giấy Ủy Quyền không? Có Không

Nếu có, hãy cho biết tên: _____ Điện thoại: _____

Sức khỏe của quý vị rất quan trọng đối với chúng tôi. Cảm ơn quý vị đã điền vào biểu mẫu TRƯỚC thăm khám để chúng tôi cùng nhau có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao nhất và trải nghiệm tốt nhất cho quý vị.

Vấn đề **quan trọng nhất** cần giải quyết tại chuyến thăm khám ngày hôm nay là gì?

Nếu chúng ta có thời gian hôm nay, hoặc vào một buổi thăm khám trong tương lai, quý vị có mối quan tâm nào khác không?

1) _____

2) _____

3) _____

Các Mục Tiêu Sức Khỏe của quý vị là gì? _____

Quý vị có cần **lấy tiếp** bất kỳ loại thuốc nào, **giấy giới thiệu**, **hoàn thành mẫu đơn** hoặc **thư xác nhận lý do xin nghỉ làm** ngày hôm nay không? Có Không

BỆNH SỬ CÁ NHÂN

Quý vị hiện có hoặc đã từng mắc phải bất kỳ tình trạng sức khỏe nào sau đây không?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Thiếu máu | <input type="checkbox"/> Trầm cảm | <input type="checkbox"/> Viêm màng não |
| <input type="checkbox"/> Biến chứng do gậy mè | <input type="checkbox"/> Tiểu đường | <input type="checkbox"/> Đau tim |
| <input type="checkbox"/> Lo âu | <input type="checkbox"/> Khí phế thũng | <input type="checkbox"/> Bệnh thần kinh / Cơ |
| <input type="checkbox"/> Viêm khớp | <input type="checkbox"/> Dị ứng Môi trường | <input type="checkbox"/> Loãng xương |
| <input type="checkbox"/> Hen suyễn | <input type="checkbox"/> Trào ngược Dạ dày Thực quản (GERD) | <input type="checkbox"/> Co giật |
| <input type="checkbox"/> Truyền máu | <input type="checkbox"/> Bệnh tăng nhãn áp | <input type="checkbox"/> Bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm |
| <input type="checkbox"/> Ung thư | <input type="checkbox"/> Tiếng thổi tim | <input type="checkbox"/> Đột quy |
| <input type="checkbox"/> Đục thủy tinh thể | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Lạm dụng Chất kích thích |
| <input type="checkbox"/> Suy tim (CHF) | <input type="checkbox"/> Lượng cholesterol cao | <input type="checkbox"/> Bệnh tuyến giáp |
| <input type="checkbox"/> Cục máu đông | <input type="checkbox"/> Huyết áp cao | <input type="checkbox"/> Bệnh lao |
| <input type="checkbox"/> COPD (Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) | <input type="checkbox"/> Bệnh thận | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

TIỀN SỬ PHẪU THUẬT

Đánh dấu bất kỳ phẫu thuật hoặc thủ thuật nào quý vị đã trải qua, nếu có, và liệt kê bất kỳ phẫu thuật hoặc thủ thuật nào khác:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Phẫu thuật cắt ruột thừa | <input type="checkbox"/> Mổ lấy thai | <input type="checkbox"/> Thay khớp |
| <input type="checkbox"/> Phẫu thuật não | <input type="checkbox"/> Phẫu thuật mắt | <input type="checkbox"/> Phẫu thuật ruột non |
| <input type="checkbox"/> Phẫu thuật ngực | <input type="checkbox"/> Phẫu thuật gãy xương | <input type="checkbox"/> Phẫu thuật cột sống |
| <input type="checkbox"/> Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (CABG) | <input type="checkbox"/> Phẫu thuật vùng thoát vị | <input type="checkbox"/> Phẫu thuật cắt amidan |
| <input type="checkbox"/> Phẫu thuật cắt túi mật | <input type="checkbox"/> Cắt bỏ tử cung | <input type="checkbox"/> Thắt ống dẫn trứng |
| <input type="checkbox"/> Phẫu thuật đại trực tràng | <input type="checkbox"/> Phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt | <input type="checkbox"/> Thay van tim |
| <input type="checkbox"/> Phẫu thuật thẩm mỹ | <input type="checkbox"/> Khác _____ | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

Thuốc: Vui lòng liệt kê tên, nồng độ và tần suất sử dụng thuốc. Vui lòng bao gồm thuốc kê toa, thuốc không kê toa và thực phẩm chức năng.

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

Dị ứng thuốc: Vui lòng liệt kê thuốc và loại phản ứng. Nếu Không bị Dị ứng thuốc, hãy chọn và bỏ qua phần này.

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

Y TẾ PHÒNG NGỪA

Nếu có/nếu đã biết:

- Kỳ kinh cuối - Ngày: _____
- Quý vị hiện có đang cho con bú không? Có Không
- Lần xét nghiệm phết tế bào cuối cùng (nếu không thực hiện tại Providence) là khi nào? _____
- Lần chụp nhũ ảnh cuối cùng (nếu không thực hiện tại Providence) là khi nào? _____
- Lần nội soi đại tràng cuối cùng (nếu không thực hiện tại Providence) là khi nào? _____

TIỀN SỬ GIA ĐÌNH

Được nhận làm con nuôi hoặc không rõ.

Mối quan hệ	Tên (tùy chọn)	Còn sống	Không có vấn đề gì Viêm khớp Ung thư vú Ung thư ruột kết Ung thư - Khác Rối loạn đông máu Tiểu đường Bệnh tim Huyết áp cao Lượng cholesterol cao Bệnh thận Bệnh gan Bệnh phổi Bệnh tâm thần Đột quỵ Lam dụng Chất kích thích Khác															
Mẹ		Có Không																
Bố		Có Không																
Chi/em gái		Có Không																
Anh/em trai		Có Không																
Con gái		Có Không																
Con trai		Có Không																
Chi/em gái của Mẹ		Có Không																
Anh/em trai của Mẹ		Có Không																
Chi/em gái của Bố		Có Không																
Anh/em trai của Bố		Có Không																
Mẹ đẻ của Mẹ		Có Không																
Bố đẻ của Mẹ		Có Không																
Mẹ đẻ của Bố		Có Không																
Bố đẻ của Bố		Có Không																

Vui lòng đánh dấu xem người thân nào đã từng mắc các bệnh này theo hiểu biết tốt nhất của quý vị. Sức khỏe của cha mẹ, anh chị em của quý vị là quan trọng nhất.

LỊCH SỬ XÃ HỘI

Quý vị sống cùng ai? _____

Tình trạng mối quan hệ (nếu có): _____

Nghề nghiệp: _____ Sở thích: _____

Quý vị hiện có hoạt động tình dục không? Có Không

Nếu có:

Bạn tình là (ví dụ: nam, nữ, phi nhị nguyên giới, v.v.): _____

Trong năm qua, quý vị có bao nhiêu bạn tình? 1 nhiều hơn 1

Quý vị có muốn xét nghiệm bệnh lây nhiễm qua đường tình dục không? Có Không

Quý vị hoặc bạn tình của quý vị có sử dụng biện pháp tránh thai không, và nếu có, quý vị sử dụng biện pháp nào? _____

Nếu không sử dụng biện pháp tránh thai, tại sao không? Đang cố gắng thụ thai

(Các) bạn tình cùng giới tính Khác

Quý vị đã từng ở trong một mối quan hệ mà quý vị bị bạo hành thể xác hoặc bằng lời nói chưa? Có Không




Quý vị hiện có ở trong một mối quan hệ mà quý vị bị bạo hành thể xác hoặc bằng lời nói không? Có Không

Quý vị có dùng các sản phẩm **thuốc lá** không? Có Không Ngày cai thuốc lá: _____ Chưa từng hút thuốc lá

Nếu Có: Quý vị hút bao nhiêu gói/hộp/cây thuốc lá mỗi ngày? _____ Quý vị đã hút trong bao nhiêu năm? _____ Quý vị có muốn bỏ thuốc lá không? Có Không

Quý vị tập thể dục bao nhiêu lần một tuần? _____ Loại bài tập nào? _____

Chúng tôi hỏi tất cả bệnh nhân trưởng thành của chúng tôi về việc sử dụng chất kích thích và tâm trạng vì những yếu tố này có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của quý vị. Vui lòng hỏi bác sĩ nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào. Câu trả lời của quý vị trên biểu mẫu này sẽ được bảo mật.

Thức uống có cồn: Một suất uống =  12 oz. bia  5 oz. rượu vang  1.5 oz. rượu mạnh (một ly nhỏ)

Không có 1 hoặc hơn

Trong năm vừa qua, bao nhiêu lần quý vị đã uống từ 4 suất uống trở lên trong một ngày?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Ma túy: Ma túy dùng để tiêu khiển bao gồm ma túy đá (dạng bột, tinh thể), cần sa (gai dầu, cỏ hút), thuốc hít (chất pha loãng sơn, bình xịt, keo), thuốc an thần (Valium), thuốc an thần barbiturat, côcain, thuốc lắc, chất gây ảo giác (LSD, nấm ma thuật) hoặc ma túy (hêrôin).

Không có 1 hoặc hơn

Trong năm vừa qua, bao nhiêu lần quý vị đã sử dụng thuốc kích thích hoặc sử dụng thuốc theo toa không vì lý do y tế?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Tâm trạng:	Không chút nào	Một vài ngày	Nhiều lần nửa ngày	Gần như hàng ngày
Trong hai tuần vừa qua, quý vị có thường xuyên bực mình bởi có ít hứng thú hoặc niềm vui khi làm mọi việc không?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trong hai tuần vừa qua, quý vị có thường xuyên bực mình bởi cảm giác suy sụp, chán nản hay vô vọng không?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quyền tiếp cận thực phẩm, phương tiện đi lại và các nguồn hỗ trợ cơ bản khác sẽ ảnh hưởng tới sức khỏe của một người. Các câu hỏi dưới đây chú trọng vào các nguồn hỗ trợ này. Dựa trên phần trả lời của quý vị, chúng tôi có thể kết nối quý vị với các dịch vụ cần thiết. Chúng tôi sẽ đề nghị tất cả các bệnh nhân trả lời những câu hỏi này. Quý vị không bắt buộc phải hoàn thành biểu mẫu này.

1. Trong vòng 12 tháng qua, quý vị lo lắng rằng quý vị sẽ hết thực phẩm trước khi quý vị có tiền để mua thêm.

- Chưa từng đúng
- Đôi khi đúng
- Thường xuyên đúng

2. Trong vòng 12 tháng qua, thực phẩm quý vị mua không đủ ăn và quý vị không có tiền để mua thêm.

- Chưa từng đúng
- Đôi khi đúng
- Thường xuyên đúng

3. Tình trạng cuộc sống của quý vị hôm nay như thế nào?

- Tôi có một nơi ổn định để sống
- Tôi có một nơi để sống hiện tại, nhưng tôi lo lắng sẽ mất chỗ ở trong tương lai
- Tôi không có một nơi ổn định để ở (Tôi ở tạm với những người khác, trong khách sạn, chỗ ở tạm, sống ngoài đường, trên bãi biển, trong ô tô, tòa nhà bỏ hoang, xe buýt hoặc ga tàu, hay trong công viên)

4. Trong vòng 12 tháng vừa qua, công ty điện, khí đốt, dầu hoặc nước có đe dọa cắt các dịch vụ trong nhà quý vị không?

- Có
- Không
- Đã cắt

5. Trong vòng 12 tháng qua, việc thiếu phương tiện đi lại có cản trở quý vị tới các lần hẹn khám bệnh hoặc đi lấy thuốc không?

- Có
- Không

6. Trong vòng 12 tháng qua, việc thiếu phương tiện đi lại có cản trở quý vị tới các cuộc họp, đi làm hoặc mua những thứ cần thiết cho sinh hoạt hàng ngày không?

- Có
- Không

Vui lòng cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn được hỗ trợ bằng cách chọn các ô dưới đây theo ý muốn:

<input type="checkbox"/>  Nhà ở hoặc Tiền thuê nhà	<input type="checkbox"/>  Việc làm và Giáo dục	<input type="checkbox"/>  Chăm sóc Nha khoa
<input type="checkbox"/>  Chi phí Dịch vụ tiện ích	<input type="checkbox"/>  Trẻ Em và Trẻ Sơ Sinh	<input type="checkbox"/>  Chăm sóc Mắt
<input type="checkbox"/>  Thực phẩm	<input type="checkbox"/>  Người cao tuổi	<input type="checkbox"/>  Cai nghiện Rượu và Ma túy
<input type="checkbox"/>  Quần áo	<input type="checkbox"/>  Tư vấn	<input type="checkbox"/>  Pháp lý
<input type="checkbox"/>  Giao thông	<input type="checkbox"/>  Bảo hiểm Y tế	<input type="checkbox"/>  Khác