CPE
Nhãn Bệnh Nhân Ở Đây

Providence Medical Group
Gateway Family Medicine

Chào mừng quý vị đến với Providence Medical Group Gateway Family Medicine

Tên: _____ Ngày sinh: _____ Hôm nay ngày: _____
Tên & danh xưng ưa thích: _____
Ai là người liên lạc khẩn cấp của quý vị (tên và số điện thoại)? _____

Sức khỏe của quý vị rất quan trọng đối với chúng tôi. Đây là lần thăm khám chăm sóc phòng ngừa, trong đó chúng tôi tập trung vào khám sàng lọc, tư vấn lối sống và phòng ngừa bệnh tật. Nếu có vấn đề cụ thể nào mà quý vị muốn giải quyết, rất có thể chúng tôi sẽ phải sắp xếp một buổi hẹn khám trong tương lai.

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

Danh sách Kiểm Tra Triệu Chứng: *Vui lòng đánh dấu bất kỳ triệu chứng nào quý vị gặp phải trong **hai tuần qua và hiện đang tiếp diễn:***

Tổng quát: ☐Mệt mỏi ☐Sốt
☐Cân nặng thay đổi không mong muốn
☐Luôn cảm thấy rất khát
☐Luôn cảm thấy quá lạnh hoặc nóng

Mắt: ☐Mờ mắt ☐Đau mắt

Tai: ☐Mất thính lực ☐Đau tai

Phổi: ☐Hụt hơi ☐Ho ☐Ngáy

Tim: ☐Đau hoặc tức ngực ☐Nhịp tim nhanh

Hệ tiêu hóa: ☐Đau bụng ☐Khó nuốt ☐Ói mửa
☐Phân đen hoặc lẫn máu

Tiết niệu: ☐Có máu trong nước tiểu
☐Mất kiểm soát bàng quang ☐Đi tiểu đau
☐Đi tiểu thường xuyên hoặc khẩn cấp

Máu: ☐Chảy máu bất thường ☐Dễ bầm tím

Hệ thần kinh: ☐Co giật ☐Ngất đi ☐Chóng mặt
☐Run rẩy ☐Gặp khó khăn khi vận động
☐Tê ☐Đi bộ khó khăn ☐Đau đầu

Hệ miễn dịch: ☐Dị ứng không kiểm soát được
☐Sưng hạch bạch huyết
☐Thường xuyên bị nhiễm trùng

Hệ cơ xương: ☐Đau lưng hoặc cổ ☐Đau khớp

Sức khỏe tâm thần: ☐Trầm cảm ☐Lo âu
☐Vấn đề về trí nhớ ☐Khó ngủ ☐Có suy nghĩ tự tử

Da: ☐Thay đổi nốt ruồi trên da ☐Phát ban

Các vấn đề sau nếu có: ☐U cục ở vú
☐Đau vùng xương chậu ☐Chảy máu quá nhiều
☐Đau hoặc nổi cục ở tinh hoàn ☐ Các vấn đề khác

Y TẾ PHÒNG NGỪA

Nếu có/nếu đã biết:

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

CẬP NHẬT NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Có bất kỳ loại **Thuốc mới** hoặc thay đổi thuốc nào kể từ lần khám cuối cùng của quý vị không?

□ Không □ Có, vui lòng ghi rõ các thay đổi:

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Có **Dị Ứng mới** nào với thuốc không? ☐ Không ☐ Có: _____

Có **Bệnh Trạng mới** nào không? ☐ Không ☐ Có: _____

Quý vị có bất kỳ **Phẫu Thuật nào gần đây** không? ☐ Không ☐ Có: _____

Có **thay đổi** gì về sức khỏe của **Gia Đình** quý vị không? ☐ Không ☐ Có: _____

Thay đổi trong **mối quan hệ** (tình trạng hôn nhân, v.v.) ☐ Không ☐ Có: _____

CẬP NHẬT TÌNH HÌNH LỊCH SỬ XÃ HỘI

Tình trạng hôn nhân (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.): _____
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 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?	○	○

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?	○	○

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?	○	○	○	○
Trong hai tuần vừa qua, quý vị có thường xuyên bực mình bởi cảm giác suy sụp, chán nản hay vô vọng không?	○	○	○	○

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: