



HỒ SƠ BỆNH ÁN

Tên _____ : Ngày: _____ Initial Updated

SSN: _____ Ngày sinh: _____ Hồ sơ y tế #: _____

Bạn đang gặp những khó khăn gì về thị giác? _____

Bạn có hoặc có bao giờ bạn có:

nếu **CÓ**, xin vui lòng giải thích

- | | | |
|--|--|-------|
| A. tiểu đường, đái tháo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| Nếu có, thời gian bị và điều trị | | _____ |
| B. Đau tim | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| Đau thắt ngực | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| Suy tim | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| Nhịp tim không đều hoặc đập nhanh | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| Máy trợ tim | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| C. Cao huyết áp | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| D. Đột quỵ hoặc bị sóc | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| E. Thiếu máu | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| F. Hen suyễn | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| G. Dạ dày hoặc loét tá tràng | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| H. Sỏi thận hoặc bệnh thận khác | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| I. Viêm khớp (nếu có, loại) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| J. Ung thư hoặc khối u | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| Loại, vị trí và ngày | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| Đã từng được điều trị? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| K. Bệnh tuyến giáp | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| L. Co giật hoặc một sự cố thần kinh | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| M. Giãn tĩnh mạch hoặc cục máu đông ở chân | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| N. Các vấn đề y tế khác | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |
| O. Trong năm vừa qua có tăng hoặc giảm 10 lbs không? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | _____ |

Bạn có **dị ứng** với bất kỳ loại thuốc hoặc bất kỳ loại thực phẩm nào không? NO YES _____

Thuốc nhỏ mắt: _____ Các thuốc khác : _____

Phẫu thuật mắt hoặc chấn thương? NO YES

nếu có, xin vui lòng cho tên các cuộc phẫu thuật hoặc chấn thương và ngày tháng cụ thể: _____

Ngoài mổ mắt ra bạn còn có phẫu thuật gì khác trên cơ thể không? Xin vui lòng cho biết từng loại cụ thể và ngày: _____

Bạn có đeo kính không? không có Bạn có mang kính áp tròng không? không có
nếu có, loại kính áp tròng nào? _____, bao lâu? _____

Bạn có hút thuốc không? không có
Nếu có, bao nhiêu lần mỗi ngày trong bao nhiêu năm? _____

Nếu không, và bạn đã hút thuốc trong quá khứ, bạn đã hút bao nhiêu và bỏ thuốc khi nào? _____

Bạn có uống rượu không? không có Nếu có, bao nhiêu đồ uống mỗi tuần cho bao nhiêu năm? _____

Nghề nghiệp _____ : nếu nghỉ hưu, nghề nghiệp của bạn là gì : _____

Sở thích: _____

Trong số những người thân máu mủ của bạn, có một lịch sử của bất kỳ sau đây ? Nếu có, ai có nó?

- | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|-------|
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |
| Cataract | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |
| "Lazy Eye" hoặc mắt cân bằng cơ bắp | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |
| Bệnh võng mạc | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |
| Bệnh macular | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |
| Mù đêm | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |
| Mù màu | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |
| Không giải thích được Visual Loss | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |
| Đái tháo đường | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |
| Khối u hoặc ung thư | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |
| Cao huyết áp | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |
| Rối loạn chảy máu | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |
| Mù từ bất kỳ nguyên nhân | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Yes | _____ |

Nếu có, bạn có mang thai No Yes _____

Bác sĩ gia đình của bạn là ai: _____

Địa chỉ _____ : điện thoại: _____

Chữ ký của bệnh nhân: _____