

## Trả lời câu hỏi để khảo sát tiền sử bệnh lý – Đối với người lớn

(Đề nghị đánh dấu nhân vào ô thích hợp và đưa cho bác sĩ!)

Dữ liệu cá nhân, kể cả mã số nhận dạng tại trung tâm đăng ký (ZAB) :

Ngày: .....

Giới tính: nam  nữ  Quốc tịch: ..... Có thai: Tháng thứ .....

Một mình  Cả gia đình

- 
- |   |                             |                                |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Bạn có bị ốm không?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 2. Bạn có uống thuốc không?                                   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 3. Bạn đã tiêm chủng phòng bệnh chưa?                         | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 4. Bạn đã xét nghiệm da để kiểm tra bệnh lao chưa?            | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 5. Hiện nay hoặc trước đây Bạn có bị bệnh truyền nhiễm không? | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Ho lao?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Viêm gan?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| HIV?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Đậu mùa?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Sởi?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Rubella?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Bệnh yết hầu?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Giang mai?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Các loại bệnh sinh dục khác?                                  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Thương hàn, phó thương hàn?                                   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Bệnh tả?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 6. Bạn có đau không?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 7. Hiện nay hoặc trong 6 tháng qua Bạn có bị sốt không?       | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 8. Bạn có bị ho nặng không?                                   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 9. Bạn có bị chóng mặt, buồn nôn không?                       | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 10. Bạn có bị co thắt bụng hoặc đi ngoài không?               | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 11. Phân của Bạn có máu không?                                | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 12. Khi đi tiểu Bạn có bị buốt không?                         | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 13. Bạn có bị bong da không?                                  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |

.....  
Ký tên

Ghi chú của bác sĩ:

.....  
Bác sĩ ký tên

## Trả lời câu hỏi để khảo sát tiền sử bệnh lý – Đối với trẻ em

(Đề nghị đánh dấu nhân vào ô thích hợp và đưa cho bác sĩ!)

Dữ liệu cá nhân, kể cả mã số nhận dạng tại trung tâm đăng ký (ZAB) :

Ngày: .....

Giới tính:    nam        nữ        Quốc tịch: .....    Tuổi: .....

- 
- |     |  |                             |                                |
|-----|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 1.  | Con Bạn có bị ốm không?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Con Bạn có uống thuốc không?                                   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Con Bạn đã tiêm chủng phòng bệnh chưa?                         | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Con Bạn đã xét nghiệm da để kiểm tra bệnh lao chưa?            | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Hiện nay hoặc trước đây con Bạn có bị bệnh truyền nhiễm không? | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
|     | Ho lao?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
|     | Viêm gan?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
|     | Bệnh thủy đậu?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
|     | Quai bị?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
|     | Sởi?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
|     | Rubella?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
|     | Bệnh yết hầu?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Con Bạn có đau không?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Con Bạn có bị sốt không?                                       | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Con Bạn có bị ho nặng không?                                   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Con Bạn có bị chóng mặt, buồn nôn không?                       | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 10. | Con Bạn có bị co thắt bụng hoặc đi ngoài không?                | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 11. | Con Bạn có bị bong da không?                                   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |

.....  
Ký tên

Ghi chú của bác sĩ:

.....  
Bác sĩ ký tên