

SẢN và PHỤ KHOA/ OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Lý do quý vị khám bệnh ngày hôm nay?

What is the reason for your visit?

1)

2)

Bác Sĩ Chính (gia đình) của quý vị là ai?

Who is your Primary Care (Family) Doctor?

Tên/Name: _____ Clinic: _____

Sản/Phụ Khoa trước đây _____

Previous OB/GYN:

Y Viện/Clinic: _____ Phone: _____

Nhà Thuốc/Pharmacy: _____

Quý vị có bệnh gì sau đây?

Do you have any medical problems?

(Khoanh tròn tất cả các bệnh/ circle all that apply)

Tiểu đường

Diabetes

Bệnh tim

Heart Disease

Bệnh thận

Kidney Disease

Suyễn

Asthma

Trầm cảm/Lo sợ

Depression/Anxiety

Bệnh khác/Other: _____

Cao huyết áp

High Blood Pressure

Bệnh gan

Liver Disease

Bệnh Tuyến Giáp

Thyroid Disease

Bệnh Lao hoặc PPD +

History of TB or +PPD

Quý vị đã có giải phẫu gì trước đây?

What surgeries have you had?

1)

2)

Về Thai Nghén/Pregnancy History:

Số lần mang thai/ *Pregnancies?*: _____

Số lần hư thai/*Number of Miscarriages:* _____

Quý vị đang sử dụng các loại thuốc gì?

What medications are you taking?

1) _____ 3)

2) _____ 4)

Quý vị bị dị ứng với gì? _____

What are you allergic to?

Sinh Hoạt Xã Hội/Social History

Quý vị có hút thuốc?/Do you smoke? **Có/Yes** Không/No

Sử dụng ma túy?/Use recreational drugs? **Có/Yes** Không/No

Uống bao nhiêu rượu mỗi tuần? _____

How much alcohol do you drink a week?

Về Phụ Khoa/Gynecology History:

1) Quý vị bắt đầu có kinh nguyệt lúc mấy tuổi? _____

How old were you when your periods started?

2) Quý vị có kinh đều mỗi tháng? **Có** **Không**

Do you get a period every month? Yes or No

3) Chu kỳ kinh nguyệt là bao nhiêu ngày? _____ ngày

How long are your menstrual cycles?

(Đếm từ ngày đầu kỳ kinh này đến ngày đầu kỳ kinh sau)

4) Kinh nguyệt có ra quá nhiều? **Có** **Không**

Are your periods heavy? Yes or No

5) Kinh nguyệt kéo dài mấy ngày? _____ ngày

How long do your periods last?

6) Có ra máu giữa hai kỳ kinh? **Có** **Không**

Do you bleed between periods?

7) Đau bụng lúc hành kinh? **Có** **Không**

Do you have menstrual cramps?

8) Ngày đầu của kỳ kinh cuối là khi nào? _____

When did your last period start?

9) Quý vị vẫn giao hợp bình thường? **Có** **Không**

Are you sexually active?

Yes or No

10) Sử dụng phương pháp ngừa thai nào? _____

What birth control do you use?

11) Quý vị có: thử Pap KHÔNG BÌNH THƯỜNG? **Có** **Không**

Have you had: an ABNORMAL pap test?

Yes or No

Bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục/STD? **Có** **Không**

12) Có chích ngừa HPV/ HPV vaccine? **Có** **Không**

Có **Không**

Số lần sanh/ *Number of Deliveries:* _____

Số lần phá thai/ *Number of Abortions:* _____

Ngày Date	Cách sanh /Type of Delivery (Qua âm đạo, sanh mổ/ Vaginal or Cesarean Section)	Đủ hay Thiếu tháng Term or Preterm	Cân nặng Baby weight	Biến chứng/Complications? (cao huyết áp, tiểu đường, kẹt vai sanh khó, xuất huyết/ diabetes, preeclampsia, shoulder dystocia, hemorrhage)