

PHIẾU KHAI THÁC TIỀN SỬ DỊ ỨNG

(Theo Thông tư 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Họ và tên người bệnh:.....Tuổi.....Nam/Nữ.....

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

TT	NỘI DUNG	Tên thuốc, dị nguyên gây dị ứng	Có/số lần	Không	Biểu hiện lâm sàng – xử trí
1	Loại thuốc hoặc dị nguyên nào đã gây dị ứng không?				
2	Dị ứng với loại côn trùng nào?				
3	Dị ứng với loại thực phẩm nào?				
4	Dị ứng với các tác nhân khác: phấn hoa, bụi nhà, hóa chất, mỹ phẩm...?				
5	Tiền sử cá nhân có bệnh dị ứng nào? (viêm mũi dị ứng, hen phế quản...)				
6	Tiền sử gia đình có bệnh dị ứng nào? (Bố mẹ, con, anh chị em ruột, có ai bị các bệnh dị ứng trên không)				

Ngày.....tháng.....năm.....

NGƯỜI BỆNH/ĐẠI DIỆN GIA ĐÌNH

NHÂN VIÊN Y TẾ

Họ tên:.....

Họ tên:.....