KHẢO SÁT DÀNH CHO BỆNH NHÂN ĐẾN NHÀ THUỐC

# 1. Thông tin cá nhân (tùy chọn)

Họ và tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tuổi: \_\_\_\_\_\_

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Khác

Cân nặng: \_\_\_\_\_\_ kg

# 2. Tình trạng sức khỏe hiện tại

Bạn đang gặp vấn đề nào sau đây? (có thể chọn nhiều)

|  |  |
| --- | --- |
| Ho khan |  |
| Ho có đờm |  |
| Sổ mũi, nghẹt mũi |  |
| Sốt, đau người |  |
| Đau rát họng, khó nuốt |  |
| Đau đầu, căng thẳng |  |
| Đau dạ dày, ợ chua |  |
| Buồn nôn, nôn ói |  |
| Táo bón |  |
| Tiếu rát, buốt |  |
| Đau nhức cơ xương khớp |  |
| Dị ứng, ngứa, nổi mẩn |  |
| Tiêu chảy |  |
| Trào ngược dạ dày – GERD |  |
| Viêm loét dạ dày tá tràng |  |
| Nấm da, nấm móng |  |
| Bệnh trĩ |  |
| Mất ngủ, lo âu nhẹ |  |
| Mệt mỏi, niêm nhạt |  |
| Chuột rút về đêm |  |

# 3. Triệu chứng đã kéo dài bao lâu?

☐ Dưới 1 ngày  
☐ 1–3 ngày  
☐ Trên 3 ngày

# 4. Bạn đã dùng thuốc trước khi đến nhà thuốc chưa?

☐ Chưa  
☐ Có, loại thuốc đã dùng: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 5. Bạn có bệnh lý nền không?

☐ Không

☐ Có (vui lòng đánh dấu):  
 ☐ Tăng huyết áp  
 ☐ Đái tháo đường  
 ☐ Bệnh tim mạch  
 ☐ Rối loạn mỡ máu  
 ☐ Hen phế quản  
 ☐ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)  
 ☐ Bệnh gan (viêm gan, xơ gan…)  
 ☐ Bệnh thận mạn  
 ☐ Rối loạn tuyến giáp  
 ☐ Ung thư (ghi rõ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 ☐ Rối loạn tâm thần / trầm cảm / lo âu  
 ☐ Bệnh xương khớp mạn tính  
 ☐ Bệnh lý dạ dày – tá tràng mạn  
 ☐ Khác (ghi rõ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_