

Họ tên:.....

Ngày sinh:...../...../.....

Giới tính:.....

PID:.....

I. Lý do đến khám/ Chief complaint:

.....

.....

.....

II. Bệnh sử/ Medical History:

- Bệnh sử hiện tại/ Current Medical History:
-
-

III. Tiền sử bệnh/ Antecedent Medical History:

- Bản thân/ Personal:
-
- Gia đình/ Diseases:
- Tiêm chủng/ Immunization:
- Thuốc đang sử dụng/ Current medications:

IV. Khám bệnh/ Physical Examination:

DẤU HIỆU SINH TỒN/ VITAL SIGNS

Nhiệt độ/ Temperature:°C	Mạch/ Pulse /phút (min)
Cân Nặng/ Weight:Kg	Nhịp thở/ Respiratory rate.....
Chiều cao/ Height.....cm	Huyết áp/ Blood Pressure:mmHg
Chỉ số khối cơ thể/ BMI (Kg/m²)	Độ bão hòa Oxy/ SpO2:%

ng/ General appearance:

.....

- Hệ tim mạch/ Cardiovascular system:
-
- Hệ hô hấp/ Respiratory system:
-
- Hệ tiêu hóa/ Digestive system.....
-
- Hệ thần kinh/ Nervous system
- Hệ niệu-dục/ Urogenital system ☐ Nam/ Male ☐ Nữ/ Female

AIHCL-FRM-MRD-004- Revision Code:00

- Hệ cơ-xương-khớp/ *Musculoskeletal system*
- Tai Mũi Họng/ *Otorhinolaryngology*:
- ❖ Yêu cầu khám chuyên khoa tâm lý/ *Psychological consultation required*: ☐ Không/ *No* ☐ Có/ *Yes*

V. Chỉ định và kết quả xét nghiệm/ *Laboratory indications and results*:

-
- ❖ Khảo sát bổ sung khác/ *Additional investigations*:

VI. Kết luận/ *Conclusion*:

- Chẩn đoán ban đầu/ *Initial diagnosis (ICD 10)*:
- Chẩn đoán xác định/ *Diagnosis*:
- Chẩn đoán phân biệt/ *Differential diagnosis*:
- Bệnh kèm theo/ *Associated conditions*:
- Kế hoạch điều trị/ *Treatment*:
☐ Ngoại trú/ *Ambulatory care* ☐ Nhập viện/ *Admission* ☐ Chuyển viện/ *Transfer*
❖ Yêu cầu ý kiến chuyên khoa/ *Specialized opinion requested*: ☐ Không/ *No* ☐ Có/ *Yes*.

Nếu có, nêu rõ/ *If yes, specify*:

- Hướng dẫn cụ thể dành cho bệnh nhân/ *Specific education required*:
- Hẹn lần khám tới/ *Next Appointment*:

Ngày/ *Date* __ / __ / 20__ Giờ/ *Time* __ : __

Bác sĩ điều trị/ *Primary doctor*

(Họ tên, chữ ký, MSNV/ *Name, signature & ID*)