



Họ tên:.....

Ngày sinh:...../...../.....

Giới tính:.....

PID:.....

I. Lý do đến khám/ Chief complaint:

.....
.....
.....

II. Bệnh sử/ Medical History:

1. Bệnh sử hiện tại/ Current Medical History:

.....
.....
.....

2. Thuốc đang sử dụng/ Current medications:

.....

3. Tiền sử bệnh/ Antecedent Medical History:

- Bản thân/ Personal:

.....
.....

- Đã từng nhiễm COVID-19 trong vòng 6 tháng qua/ Have been infected with COVID-19 within the last 6 months: ☐ Có/ Yes ☐ Không/ No

- Tiền sử tiêm chủng/ Immunization history:

• Tiêm vắc xin phòng COVID-19/ COVID-19 vaccination:

☐ Đã tiêm mũi 1/ Received 1st dose ☐ Đã tiêm mũi 2/ Received 2nd dose

☐ Đã tiêm mũi bổ sung, nhắc lại/ Received additional, booster dose ☐ Chưa tiêm/ Not yet

Tiêm vắc xin khác (ghi rõ)/ Other vaccinations (specify):

- Gia đình/ Family:

.....

- Dị ứng/ Allergy: ☐ Không/ No ☐ Có/ Yes Nếu có, ghi rõ/ If yes, specify:

III. Khám bệnh/ Physical Examination:

DẤU HIỆU SINH TỒN/ VITAL SIGNS

Nhiệt độ/ Temperature: ⁰ C	Mạch/ Pulse /phút (m)
Cân nặng/ Weight:Kg	Nhịp thở/ Respiratory rate.....
Chiều cao/ Height.....cm	Huyết áp/ Blood Pressure:mmHg
Chỉ số khối cơ thể/ BMI (Kg/m ²)	Độ bão hòa Oxy/ SpO ₂ :%

- Tổng trạng/ General appearance:

.....





- Phù/ *Edema*:
- Hệ tim mạch/ *Cardiovascular system*: *Normal*
- Hệ hô hấp/ *Respiratory system*: *Normal*
- Hệ tiêu hóa/ *Digestive system*: *Normal*
- Hệ thần kinh/ *Nervous system*:
- Hệ niệu-dục/ *Urogenital system*: *Normal*
- Hệ cơ-xương-khớp/ *Musculoskeletal system*: *Normal*
- Tai Mũi Họng/ *Otorhinolaryngology*: *Normal*
- Hệ da-lông/ *Integumentary system*:
- Ghi nhận khác/ *Other findings*:

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

.....
.....
.....

V. Kết luận/ *Conclusion:*

- Chẩn đoán ban đầu/ *Initial diagnosis*:
- Chẩn đoán xác định/ *Diagnosis*:
- Chẩn đoán phân biệt/ *Differential diagnosis*:
- Bệnh kèm theo/ *Associated conditions*:
- 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, ghi 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*)

