

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/ <i>Temperature</i> : ⁰ C	Mạch/ <i>Pulse</i> /phút (m)
Cân Nặng/ <i>Weight</i> :Kg	Nhịp thở/ <i>Respiratory rate</i>
Chiều cao/ <i>Height</i>cm	Huyết áp/ <i>Blood Pressure</i> :mmHg
Chỉ số khối cơ thể/ <i>BMI</i> (Kg/m ²)	Độ bão hòa Oxy/ <i>SpO2</i> :%

- Tổng trạng/ *General appearance*:
-

- Phù/ *Edema*:
- 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*:
- Hệ cơ-xương-khớp/ *Musculoskeletal system*:
- Tai Mũi Họng/ *Otorhinolaryngology*:
- 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*:
O Ngoại trú/ *Ambulatory care* O Nhập viện/ *Admission* O Chuyển viện/ *Transfer*
- Yêu cầu ý kiến chuyên khoa/ *Specialized opinion requested*:
O Không/ *No* O 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*)