

Sở Y tế: .....

Bệnh viện: .....

Khoa: .....

**BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ**  
**CHUYÊN KHOA TAI MŨI HỌNG**

Số ngoại trú.....

Số lưu trữ .....

**I. HÀNH CHÍNH**

1. Họ và tên: .....

3. Giới: 1. Nam ☐ 2. Nữ ☐

5. Dân tộc: ..... ☐ ☐

7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố..... Xã, phường.....

Huyện (Q, Tx) ..... ☐ ☐ Tỉnh, thành phố ..... ☐ ☐

8. Nơi làm việc: ..... 9. Đối tượng: 1.BHYT ☐ 2.Thu phí ☐ 3.Miễn ☐ 4.Khác ☐

10. BHYT giá trị đến ngày .....tháng..... năm ..... Số thẻ BHYT

11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: .....

..... Điện thoại số.....

12. Đến khám bệnh lúc ..... giờ ..... phút ngày ..... tháng ..... năm .....

13. Chẩn đoán và xử lý của nơi giới thiệu: ..... 1.Y tế ☐ 2.Tự đến ☐

**II. LÝ DO VÀO VIỆN:** .....

**III. HỎI BỆNH:**

**1. Quá trình bệnh lý:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Tiền sử bệnh:**

+ Bản thân: .....

+ Gia đình: .....

**IV. KHÁM BỆNH:**

**1. Toàn thân:** .....

.....

.....

.....

.....

**2. Khám chuyên khoa**

Mạch ..... lần/ph

Nhiệt độ.....<sup>0</sup>C

Huyết áp ...../..... mmHg

Nhịp thở..... lần/ph

Cân nặng ..... kg

Màng nhĩ phải

Màng nhĩ trái

Mũi trước

Mũi sau

.....

.....

.....

Thanh quản

Họng

Cổ nghiêng phải

Cổ nghiêng trái

3. Chẩn đoán của phòng khám: .....

V. ĐÃ XỬ LÝ: .....

Điều trị ngoại trú từ ngày ...../...../..... đến ngày ...../...../.....

**GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN**

Ngày ..... tháng ..... năm .....

**BÁC SỸ KHÁM BỆNH**

Họ và tên .....

Họ và tên .....

## VI. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ:

1. Tình trạng toàn thân: .....

.....

.....

.....

.....

2. Tại chỗ: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 3. Chẩn đoán ra viện:

- Bệnh chính: .....

- Bệnh kèm theo (nếu có): ..... 

--	--	--	--

4. Tiên lượng bệnh: ..... 

--	--	--	--

.....

.....

## VII. NHỮNG CHỈ DẪN ĐIỀU TRỊ TIẾP TỤC:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hồ sơ, phim ảnh		Người giao hồ sơ	Ngày ..... tháng ..... năm ..... <b>Bác sỹ điều trị</b>
Loại	Số tờ		
- X-quang		<u>Họ tên .....</u> <b>Người nhận hồ sơ</b>  Họ tên .....	Họ tên .....
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác .....			
- Toàn bộ hồ sơ			