

Thường: ☒ Cấp cứu: ☐

02195-679-



**I. HÀNH CHÍNH:**

1. Họ và tên (in hoa): string 2. Sinh ngày: string Tuổi: 0  
3. Giới: Nữ 4. Nghề nghiệp: string 10 5. Dân tộc: string 6. Quốc tịch: string  
7. Địa chỉ: string  
8. Nơi làm việc: string  
9. Đối tượng: Không bảo hiểm  
10. BHYT giá trị đến \$ {HanBaoHiem} Số thẻ BHYT: string  
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: \$ {ThôngTinNguoiNha}  
Số điện thoại: \$ {SoDienThoaiNguoiNha}  
12. (a) Đến khám bệnh lúc: ngày 16 tháng 04 năm 2024, 15 giờ 19 phút 12. (b) Bắt đầu khám lúc: string

13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu (nếu có): string

**II. THÔNG TIN KHÁM BỆNH**

**1. Lý do đến khám:**

string

**2. Bệnh sử:**

string

**3. Tiền sử bệnh:**

- Bản thân:

• string

- Gia đình:

• string

**4. Khám lâm sàng:**

- Toàn thân: string

- Các bộ phận:

• string

**5. Chẩn đoán sơ bộ:**

• string

**6. Chỉ định cận lâm sàng:**

- Xét nghiệm: string

- Chẩn đoán hình ảnh, TDCN: string

**7. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:**

- string

**8. Chẩn đoán xác định:**

Bệnh chính: string

Bệnh kèm theo:

string

Mã ICD: string

Mã ICD: string

Mạch: 0 lần/phút  
Nhiệt độ: 0 C<sup>0</sup>  
Huyết áp: 0 mmHg  
Nhịp thở: 0 lần/phút  
Cân nặng: 0 Kg  
Chiều cao: 0 cm  
BMI: 0  
SP02: 0 %

**III. XỬ TRÍ**

string

Ngày dd P3ánAD MM năm 19 yyyy  
**BÁC SĨ KHÁM BỆNH**  
(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ tên string

**\*Ghi chú:**  
*string*