

BỆNH VIỆN

BỆNH ÁN NỘI KHOA

Ngày ... tháng ... năm ...

A. HÀNH CHÍNH

1. HỌ VÀ TÊN: Năm sinh:
2. Địa chỉ:
3. Liên hệ:

B. KHÁM BỆNH:

1. Thời gian bị bệnh :

2. Triệu chứng

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| - Mất ngủ: | - Tê tay: |
| - Đau đầu: | - Rối loạn tiêu hóa: |
| - Chóng mặt: | - Hồi hộp trống ngực: |
| - Đau vai gáy: | - Lo lắng, suy nghĩ nhiều: |
| - Buồn chán: | |
| - Tình trạng khác : | |

3. Xét nghiệm:

- Máu:
- Kết quả chụp phim:

4. Tiền sử

.....

.....

5. Chuẩn đoán

.....

.....

6. Đơn thuốc

STT	Tên thuốc	Số lượng	Đơn vị
1.			
2.			
3.			
4.			

7. Hẹn ngày tái khám:.....

8. Lời dặn:

.....

.....

Bác sĩ điều trị

(kí tên)

(số điện thoại)