

**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)