



Thông tin người bệnh

Họ và tên:.....Tuổi:

Địa chỉ:

Nghề nghiệp: Tôn giáo:

Họ và tên chồng:.....Tuổi:.....

Nghề nghiệp của chồng:

Tiền sử sản phụ khoa

Thời điểm có kinh lần đầu tiên:

Chu kỳ kinh:

Số ngày có kinh:

Lượng máu kinh (ml):

Có bệnh phụ khoa. Cụ thể:

Có bệnh lây truyền qua đường tình dục. Cụ thể:

Có sử dụng biện pháp tránh thai. Cụ thể:

PARA:

--	--	--	--

Tiền sử nội, ngoại khoa

Có bệnh mạn tính. Cụ thể

Đã từng phẫu thuật. Cụ thể

Đang uống thuốc. Cụ thể

Tiền sử gia đình

Có dị tật bẩm sinh. Cụ thể

Có bệnh di truyền. Cụ thể

Đã tiêm vắc-xin

Sởi, quai bị, Rubella (Ngày:.....)

Viêm gan B (Ngày:.....)

Cúm (Ngày:.....)

Covid-19 (Ngày:.....)

Thủy đậu (Ngày:.....)

Khác (Ghi rõ tên vắc-xin..... Ngày:.....)

Lối sống

Có hút thuốc lá điếu /ngày

Có dung đồ uống có cồn ly / ngày

Có sử dụng thuốc gây nghiện.
(Specific.....)

Hoạt động thể chất phút/ngày

Chế độ dinh dưỡng

Lượng nước uốngml/ngày

Có bổ sung axit-folic (400mg/ngày)

Có ăn hoa quả và rau xanh hằng ngày

- Ăn chay trường
- Có sử dụng nước ngọt có ga
- Có ăn đồ ăn nhanh
- Nghỉ ngơi (xem phim, nghe nhạc, đi du lịch,)
- Thời gian ngủgiờ/ngày

Khám thể chất

Dấu hiệu sinh tồn

Huyết áp: Mạch:

Nhiệt độ: Nhịp thở:

Cân nặng:Chiều cao:BMI:

Kết quả xét nghiệm máu

Ngày	Xét nghiệm	Kết quả	Ngày	Xét nghiệm	Kết quả
	Huyết học			Toxoplasma	
	Nhóm máu (ABO/Rh)			HbsAg	
	Glucose			HbsAb	
	CMV			HIV	
	Rubella			Giang mai	

Khuyến nghị

.....

.....

.....

.....

Họ và tên họ sinh:Chữ ký:

Ngày tháng năm:.....