

PATIENT'S NAME \_\_\_\_\_

Tên của bệnh nhân

DATE \_\_\_\_\_

Ngày Tháng

AGE \_\_\_\_\_

Tuổi

**CARDIOVASCULAR ASSOCIATES  
HIỆP HỘI TIM MẠCH**

**PATIENT MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE  
BẢN CÂU HỎI BỆNH SỬ CỦA BỆNH NHÂN**

**OUR PATIENTS:**

Kính gửi bệnh nhân:

While you are waiting, would you please be so kind as to fill out this health history questionnaire? It will help us focus down on important aspects of your present and past medical history. Details are not necessary as we will obtain these in person with you. Also, in many of the questions, don't labor over exact dates and ages. Approximate information will probably be sufficient.

Trong khi chờ đợi, xin bạn vui lòng điền vào bản câu hỏi về bệnh sử. Nó sẽ giúp chúng tôi chú trọng hoặc những gì quan trọng bạn đang có và bệnh sử. Chi tiết không quan trọng vì chúng tôi sẽ hỏi bạn khi gặp mặt. Còn nữa, trong nhiều câu hỏi không nhất thiết giải thích chính xác ngày tháng và tuổi tác. Những thông tin tương đối có thể chấp nhận.

**CARDIOVASCULAR SYSTEM Any history of:**

**HỆ TIM MẠCH**

Có bệnh Sử:

Có Không

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. Rheumatic fever or scarlet fever<br>Sốt phong thấp hoặc sốt vì bị nhiễm một loại vi trùng              | _____ | _____ |
| Polio or polio-like illness, or diphtheria<br>Bại liệt hoặc tương tự tê liệt, hoặc bệnh bạch hầu          | _____ | _____ |
| 3. Blood infection<br>Nhiễm trùng máu   | _____ | _____ |
| 4. Heart attack (we'll get details in person)<br>Nhồi máu cơ tim ( chúng tôi sẽ hỏi chi tiết khi đối mặt) | _____ | _____ |

- |   | <u>Có</u> | <u>Không</u> |
|---|-----------|--------------|
| 5. Stroke<br>Tai biến mạch máu não  | _____     | _____        |
| 6. Fever illness with hot or painful or swollen joints<br>Sốt kèm theo nóng hoặc đau nhức hoặc sưng các khớp xương                    | _____     | _____        |
| 7. Pain or cramping of the legs with ordinary activity such as walking<br>Đau chân hoặc chuột rút khi hoạt động thường ngày như đi bộ | _____     | _____        |
| 8. Kidney disease<br>Bệnh Thận  | _____     | _____        |
| 9. Blood clot problems or varicose veins<br>Bị đông máu hoặc tĩnh mạch bất túc ở các bắp thịt   | _____     | _____        |
| 10. Severe viral infection (not ordinary colds or flu, etc)<br>Nhiễm vi trùng nặng (không cảm lạnh hoặc cảm cúm thường v..v)          | _____     | _____        |
| 11. Heart murmur<br>Tiếng tim đập bất thường  | _____     | _____        |

- |  | <u>Có</u> | <u>Không</u> |
|--|-----------|--------------|
| 1. Gout<br>Bệnh thống phong                                | _____     | _____        |
| 2. Diabetes<br>Tiểu đường                                  | _____     | _____        |
| 3. Cigarette smoking<br>Hút thuốc                          | _____     | _____        |
| 4. High blood cholesterol (blood fats)<br>Cao mỡ trong máu | _____     | _____        |
| 5. Thyroid disease<br>Bệnh về Tuyến Giáp Trạng             | _____     | _____        |
| 6. High blood pressure<br>Cao huyết áp                     | _____     | _____        |

Any history Of Or Significant Problem With:

Có bất cứ Bệnh Sử Nào Hoặc Vấn Đề Nghiêm Trọng Liên Quan Tới:

- |   | <u>Có</u> | <u>Không</u> |
|---|-----------|--------------|
| 1. Severe chest pain with exertion or physical activity (include chest heaviness, pressure, burning, aching, squeezing, dull pain indigestion type pain)<br>Đau ngực nặng liên quan tới (bao gồm nặng ngực, tức ngực, nóng rát, đau đờn, co bóp, hoặc loại đau âm ỉ do ăn không tiêu) | _____     | _____        |
| 2. Shortness of breath not appropriate for your age and physical condition<br>Hơi thở ngắn không đúng theo tuổi tác và tình trạng sức khỏe của bạn  | _____     | _____        |
| 3. Waking up at night from a sound sleep with shortness of breath and   | _____     | _____        |

/or chest pain

Nửa đêm tỉnh giấc do tiếng động của hơi thở bị ngăn hoặc đau ngực

- |   | <u>Có</u> | <u>Không</u> |
|---|-----------|--------------|
| 4. Getting short of breath or chest pain when you lie down flat<br>Bị khó thở hoặc đau ngực khi bạn nằm trên mặt phẳng                    | _____     | _____        |
| 5. Fainting spells where you drop to the floor<br>Ngất xỉu và té xuống đất  | _____     | _____        |
| 6. Lightheaded Spells<br>Ánh sáng làm khó chịu  | _____     | _____        |
| 7. Chronic cough<br>Hô kinh niên  | _____     | _____        |
| 8. Significant problem with your heart pounding and racing and skipping beats<br>Vấn đề nghiêm trọng với tim bạn đập và đôi khi ngưng đập | _____     | _____        |
| 9. Significant swelling of your feet or ankles<br>Chân hoặc mắt cá xương nghiêm trọng   | _____     | _____        |
| 1. Were you born with any cardiac defects as far as you know<br>Theo bạn biết thì bạn có sinh ra với dị tật về tim không                  | _____     | _____        |
| 2. Any history of blue spells or turning very blue with exertion<br>Có bệnh sử về xanh da hoặc da trở nên xanh do tập thể dục mệt         | _____     | _____        |
| 3. Any childhood heart disease or limitations as far as you know<br>Lúc còn nhỏ bạn có bị bệnh tim không                                  | _____     | _____        |

### PAST MEDICAL HISTORY

### BỆNH SỬ TRONG QUÁ KHỨ

1. Are you allergic to any medicine like Penicillin?  
Bạn có dị ứng với loại thuốc nào như Penicillin (thuốc trụ sinh) không?  
\_\_\_\_\_
2. Have you had any operation?  
Bạn đã từng bị giải phẫu chưa?
  - a. \_\_\_\_\_ Ngày/tháng/năm: \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_ Ngày/tháng/năm: \_\_\_\_\_
3. Have you had any serious medical illnesses (other than heart) requiring a doctor's care (for example pneumonia, cancer)?  
Bạn đã từng bị bệnh nặng (ngoài bệnh tim ra) mà cần bác sĩ chữa trị (ví dụ như bệnh phổi, ung thư)
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_

4. Have you had any serious injuries?

Bạn đã từng bị chấn thương nặng?

a. \_\_\_\_\_ Ngày/tháng/năm: \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_ Ngày/tháng/năm: \_\_\_\_\_

5. Do you take any medicines prescribed by a doctor? If so, please list them.

(Don't forget hormones, birth control pills)

Hiện bạn có uống thuốc gì theo toa bác sĩ không? Nếu có, xin vui lòng ghi tên các loại thuốc. (Đừng quên ghi thuốc kích thích tố, thuốc ngừa thai).

6. Do you take any non-prescription medications, please list them.

Bạn có uống thuốc gì mua tự do ngoài chợ, xin vui lòng ghi vào.

7. For what reasons have you had to be hospitalized in the past (and date)?

Vì lý do gì mà trước đây bạn đã từng nằm viện (ngày tháng)?

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

d. \_\_\_\_\_

e. \_\_\_\_\_

8. For Female Patients

Cho Bệnh Nhân Nữ

a. Age when menstruation began \_\_\_\_\_

Bạn có kinh nguyệt lúc mấy tuổi?

b. Age when menstruation ceased (if applicable) \_\_\_\_\_

Hết kinh vào tuổi nào (nếu hết)

c. Are your menstrual period regular? \_\_\_\_\_

Kinh nguyệt của bạn có đều không?

Excessive bleeding, cramping, or pain? \_\_\_\_\_

Ra máu nhiều, đau quặn, hoặc đau nhức?

d. How many pregnancies have you had? \_\_\_\_\_

Bạn đã mang thai mấy lần?

Any prematures, abortions, miscarriages, breech or Cesarean deliveries?

Bạn có sanh non, phá thai, xẩy thai, sanh ngược hoặc sanh mổ? \_\_\_\_\_

PERSONAL AND SOCIAL HISTORY

VỀ CÁ NHÂN VÀ GIAO TẾ XÃ HỘI

1. How many years have you been married \_\_\_\_\_  
Bạn đã lập gia đình được bao lâu?
2. Religious preference \_\_\_\_\_  
Tôn giáo
3. Military service \_\_\_\_\_  
Phục vụ quân đội
4. Occupation \_\_\_\_\_  
Nghề nghiệp
5. How much education do you have \_\_\_\_\_  
Bạn học tới lớp mấy?
6. Do you use alcohol \_\_\_\_\_ . If so, average use (per day, week, month, ets)
7. Bạn có uống bia rượu không? \_\_\_\_\_ .Nếu có, uống trung bình là bao nhiêu  
(mỗi ngày, tuần, tháng v..v.) \_\_\_\_\_

**FAMILY MEDICAL HISTORY**  
**BỆNH SỬ TRONG GIA ĐÌNH**

1. Is your father still living? Age \_\_\_\_\_ State of Health \_\_\_\_\_  
Ba của bạn còn sống? Tuổi Sức khỏe  
Heart Disease? \_\_\_\_\_  
Có bệnh tim không?  
Age at Death if deceased \_\_\_\_\_  
Tuổi lúc chết nếu đã qua đời  
Cause of Death (Heart)? \_\_\_\_\_  
Nguyên nhân chết( Tim)?
2. Is your mother still living? Age \_\_\_\_\_ And state of Health \_\_\_\_\_  
Mẹ của bạn còn sống? Tuổi Tình trạng sức khỏe  
Any heart disease? \_\_\_\_\_  
Có bị đau tim không?  
If Deceased, age at death and cause \_\_\_\_\_  
Nếu đã qua đời, tuổi lúc chết là bao nhiêu và nguyên nhân chết?  
Was heart disease a factor in her death? \_\_\_\_\_  
Có phải bệnh tim là căn nguyên làm bà chết?
3. How many brothers do you have and their ages and state of health.  
Bạn có mấy anh em trai; tuổi tác và tình trạng sức khỏe của họ?  
\_\_\_\_\_  
If deceased, age at death and cause (Heart)? \_\_\_\_\_  
Nếu đã qua đời, tuổi lúc chết và nguyên nhân (tim?)
4. How many sisters do you have and their ages and state of health?  
Bạn có mấy chị em gái? Tuổi tác và sức khỏe của họ?  
\_\_\_\_\_

If no longer living, age at death and cause (Heart)? \_\_\_\_\_

Nếu không còn sống, ghi tuổi lúc chết và nguyên nhân (tim?)

5. Lastly, children and ages and state of health.

Cuối cùng, con cái, tuổi và tình trạng sức khỏe của chúng?

---

Any heart disease? If deceased, age at death and cause (heart?)

Có người con nào bị bệnh tim không? Nếu đã qua đời, lúc mấy tuổi và nguyên nhân chết. (Tim?)

---

6. Are there any conditions that seem to run in your family such as high blood pressure or other medical conditions worth commenting on?

Bất cứ bệnh gì có trong gia đình của bạn như cao huyết áp hoặc các chứng bệnh đáng đề cập đến.

---

### GENERAL REVIEW OF SYSTEMS

HEAD Any history or frequent or severe problem with:

ĐẦU Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

Có Không

1. Seizures or epilepsy

Bệnh kinh phong hoặc bệnh động kinh

\_\_\_\_\_

2. Migraine headaches

Đau nhức nửa bên đầu

\_\_\_\_\_

3. Head pain or injury

Đau nhức trên đầu hoặc thương tích

\_\_\_\_\_

4. Passing out spells or lapse of consciousness

Bất tỉnh hoặc bất tỉnh trong chốc lát

\_\_\_\_\_

5. Episodes of loss of speech, facial numbness, facial sagging, facial muscle weakness

Không nói được từng lúc, tê ở mặt, bấp thụt ở mặt bị yếu

\_\_\_\_\_

EYES Any history of frequent or severe problem with

MẮT Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

Có Không

1. Double vision, sudden loss of vision, black out spots

Thấy hai, tự nhiên không thấy đường, nổi đom đóm mắt

\_\_\_\_\_

2. Blind spots that last

\_\_\_\_\_

- Mắt thấy đốm mờ kéo dài
3. Abnormal color or night or side vision  
Thấy màu không bình thường, hoặc ban đêm hoặc bên cạnh. \_\_\_\_\_
4. Sudden loss of eyesight strength  
Tự nhiên mất tầm nhìn \_\_\_\_\_

**EARS** Any history or frequent or severe problem with:

**TAI** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng. Có Không

1. Loss of hearing  
Lãng tai \_\_\_\_\_
2. Balance or ear discharge problems  
Mất cân bằng hoặc tai chảy nước \_\_\_\_\_

**NOSE** Any history or frequent or severe problem with:

**MŨI** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng. Có Không

1. Loss of sense of smell, nasal discharge  
Không ngửi được mùi, chảy nước mũi \_\_\_\_\_
2. Nosebleeds  
Chảy máu mũi \_\_\_\_\_
3. Sinus problems  
Bị xoan mũi \_\_\_\_\_

**MOUTH** Any history or frequent or severe problem with:

**MIỆNG** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

1. Trouble with speaking, chewing, swallowing  
Khó khăn về nói, nhai, nuốt \_\_\_\_\_
2. Sudden lasting voice changes  
Tự nhiên thay đổi giọng nói kéo dài \_\_\_\_\_
3. Mouth sores that won't heal  
Đau miệng không lành \_\_\_\_\_
4. False teeth  
Răng mọc không đều \_\_\_\_\_
5. Trouble with your tongue or sense of taste  
Có vấn đề lưỡi hoặc mùi vị \_\_\_\_\_

**NECK** Any history or frequent or severe problem with:

**CỔ** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

- |  |       |       |
|--|-------|-------|
| 1. Lumps in your neck or throat<br>Bướu trong cổ hoặc họng                 | _____ | _____ |
| 2. weakness of your neck or severe neck pain<br>Cổ yếu hoặc đau nhức nhiều | _____ | _____ |

**CHEST** Any history or frequent or severe problem with:  
**NGỰC** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

**Có Không**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. Chest injury, arthritis of the chest<br>Bị thương ngực, viêm khớp ngực                           | _____ | _____ |
| 2. Broken bones of the chest, ribs, breast bone, etc.<br>Gãy xương ngực, xương sườn, xương ức v..v. | _____ | _____ |

**BACK** Any history or frequent or severe problem with:  
**LƯNG** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

- |  |       |       |
|--|-------|-------|
| 1. Injury of the back<br>Thương tích ở lưng                    | _____ | _____ |
| 2. Significant arthritis of the back<br>Viêm khớp ở lưng       | _____ | _____ |
| 3. Spinal column abnormalities<br>Xương sống không bình thường | _____ | _____ |

**LUNGS** Any history or frequent or severe problem with:  
**PHỔI** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. Primary abnormalities of the lungs such as bronchitis, emphysema, asthma<br>Phổi không bình thường như viêm cuốn phổi, tràn khí, xuyên | _____ | _____ |
| 2. Injuries to the lungs (sudden inhalation of toxic gases, etc.)<br>Thương tích ở phổi (như tình hình hít phải khí độc v..v)             | _____ | _____ |
| 3. Chronic cough<br>Ho mãn tính   | _____ | _____ |
| 4. Coughing up blood or foul or murky sputum<br>Ho ra máu hoặc hôi hoặc đờm màu đục   | _____ | _____ |

**INTESTINAL TRACT AND ABDOMEN** Any history of or frequent or severe problem with:

**ĐƯỜNG RUỘT VÀ BỤNG** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

1. **Yello jaundice, hepatitis, liver disease**  
Da vàng, viêm gan, bệnh về gan \_\_\_\_\_
2. **Gallbladder or pancreas trouble (e.g. gallstones)**  
Có vấn đề về túi mật hoặc lá lách (như sạn túi mật) \_\_\_\_\_
3. **Ulcers or bleeding ulcers**  
Loét bao tử hoặc chảy máu \_\_\_\_\_
4. **Colitis**  
Viêm ruột già \_\_\_\_\_
5. **Chronic constipation or loose stools**  
Táo bón kinh niên hoặc phân lỏng \_\_\_\_\_
6. **Hemorrhoids**  
Bệnh trĩ \_\_\_\_\_
7. **Bloody or black bowel movements**  
Đi cầu phân đen hoặc có máu \_\_\_\_\_
8. **Presence of mucous or grease in your bowel movements**  
Có chất nhầy(nhờn) hoặc dầu trong phân \_\_\_\_\_

**KIDNEY, BLADDER** Any history of frequent or severe problem with  
**THẬN, BỌNG ĐÁI** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

1. **Presence of blood or pus or dark color in the urine**  
Có máu hoặc mủ hoặc nước tiểu màu đậm \_\_\_\_\_
2. **Burning stinging pain upon urination**  
Nóng rát khi đi tiểu \_\_\_\_\_
3. **Slow blocked urinary flow**  
Đi tiểu ra chậm hoặc bị bí \_\_\_\_\_
4. **Kidney (not bladder) infections or failure**  
Nhiễm trùng thận (không phải bọng đái) hoặc suy thận \_\_\_\_\_
5. **Bladder or urine infections**  
Nhiễm trùng bọng đái hoặc nước tiểu \_\_\_\_\_
6. **Prostate**  
Tuyến tiền liệt \_\_\_\_\_

**MUSCULOSKELETAL SYSTEM** Any history of frequent or severe problem with  
**HỆ CƠ XƯƠNG** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng

1. **Frozen or locked joints**  
Khớp xương bị đơ cứng \_\_\_\_\_
2. **Hot or swollen or painful or red joints**  
Nóng hoặc sưng hoặc đau nhức hoặc đỏ ở khớp xương \_\_\_\_\_

3. Muscles significantly weaker on one side of the body compared \_\_\_\_\_  
to the other (right leg vs left leg, etc.)  
Cơ bắp một bên yếu hơn bên khác của cơ thể  
(chân phải yếu hơn chân trái v.v.)

- |   | <u>Có</u> | <u>Không</u> |
|---|-----------|--------------|
| 4. Severe or deforming arthritis<br>Bị khớp nặng hoặc khớp biến dạng  | _____     | _____        |
| 5. Locked back that won't bend<br>Lưng bị cứng không thể gập lại được | _____     | _____        |

**GENERAL NERVOUS SYSTEM** Any history or frequent or severe problem with:  
**HỆ THẦN KINH TƯ** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

- |  |       |       |
|--|-------|-------|
| 1. Numbness or weakness or paralysis of your arms, legs, face, head.<br>Tay, chân, mặt, và đầu bị tê hoặc yếu hoặc tê liệt | _____ | _____ |
| 2. Movement out of control or occurring when not intended<br>Chuyển động không được điều khiển hoặc xảy ra khi không chú ý | _____ | _____ |
| 3. Spasms, persistant lack of coordination of movements<br>Động kinh, bị yếu khi vận động thường xuyên                     | _____ | _____ |

**SKIN** Any history or frequent or severe problem with:

**DA** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

- |   | <u>Có</u> | <u>Không</u> |
|---|-----------|--------------|
| 1. Skin cancer<br>Ung thư da  | _____     | _____        |
| 2. Skin sores that won't heal<br>Da đau nhức không lành               | _____     | _____        |
| 3. Persistant rashes<br>Hay bị ngứa                                   | _____     | _____        |
| 4. Psoriasis, skin infections<br>Bệnh ngoài da, nhiễm trùng da        | _____     | _____        |
| 5. Trouble with hair or nails<br>Có vấn đề về tóc hoặc móng tay, chân | _____     | _____        |

**BLOOD** Any history or frequent or severe problem with:

**MÁU** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

- |  |       |       |
|--|-------|-------|
| 1. Being low in blood (anemic) or having too much blood<br>Máu thấp (thiếu máu) hoặc quá nhiều máu | _____ | _____ |
| 2. Blood clots or vessel infection (phlebitis)<br>Đông máu hoặc nhiễm trùng mạch máu               | _____ | _____ |
| 3. Abnormal tendency to bleed easily and continuously  | _____ | _____ |

- Dễ ra máu và liên tiếp không được bình thường
4. Significant problem with bruising requiring a doctor's care \_\_\_\_\_
- Sưng bầm tím nghiêm trọng cần phải đến bác sĩ chăm sóc \_\_\_\_\_

**ENDOCRINE METABOLIC** Any history or frequent or severe problem with:  
**TRAO ĐỔI CHẤT Ở TUYẾN NỘI TIẾT** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên  
 hoặc bị nặng. **Có Không**

1. Diabetes or blood sugar or urine sugar abnormalities \_\_\_\_\_  
 Bệnh tiểu đường hoặc đường trong máu hoặc đường trong  
 nước tiểu không bình thường \_\_\_\_\_
2. Thyroid disease \_\_\_\_\_  
 Bệnh về Tuyến Giáp Trạng \_\_\_\_\_
3. Adrenal gland disease \_\_\_\_\_  
 Bệnh về tuyến thượng thận \_\_\_\_\_
4. Growth disturbances \_\_\_\_\_  
 Xáo trộn sự tăng trưởng \_\_\_\_\_

**GENERAL** Any history or frequent or severe problem with:  
**TOÀN THỂ** Bất cứ bệnh sử nào hoặc thường xuyên hoặc bị nặng.

1. Unexplained and unplanned weight loss \_\_\_\_\_  
 Sụt cân ngoài dự định không thể giải thích \_\_\_\_\_
2. Fever, night sweats, frequent severe itching \_\_\_\_\_  
 Sốt, đổ mồ hôi đêm, thường xuyên ngứa nặng \_\_\_\_\_
3. Appetite, bowel function changes \_\_\_\_\_  
 Thay đổi thường xuyên về khẩu vị và đường ruột \_\_\_\_\_