

Deh Yu College of Nursing and Health

(Lớp ban ngày) Thẻ tài liệu sức khỏe sinh viên.

Mã số sinh viên: _____

Tài liệu cơ bản sinh viên	Ngày nhập học	Năm tháng	Khóa hệ	lớp						Họ tên										
	Ngày sinh	Năm tháng ngày	Loại máu		Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Số chứng minh thư													
	Địa chỉ hộ tịch											Số di động của sinh viên								
	Địa chỉ cư trú	<input type="checkbox"/> Như trên <input type="checkbox"/> Như sau :																		
	Người liên lạc cấp thiết,	Quan hệ	Họ tên	Điện thoại (nhà)	Điện thoại (công ty)	Số di động					Nơi dán ảnh									
Người giám hộ																				
Họ hàng bạn bè lân cận																				
Tài liệu cơ bản sinh viên	Lịch sử bệnh lý cá nhân : Đánh dấu móc vào câu từng bị bệnh <input type="checkbox"/> 1. Không <input type="checkbox"/> 7. Hệ thống thần kinh <input type="checkbox"/> 13. Tâm lý hoặc thần kinh : _____ <input type="checkbox"/> 2. Lao phổi <input type="checkbox"/> 8. Ban đỏ <input type="checkbox"/> 14. Ung thư : _____ <input type="checkbox"/> 3. Bệnh tim <input type="checkbox"/> 9. Máu không đông <input type="checkbox"/> 15. Thiếu máu: _____ <input type="checkbox"/> 4. Viêm gan <input type="checkbox"/> 10. Bệnh đậu mùa <input type="checkbox"/> 16. Phẫu thuật quan trọng: _____ <input type="checkbox"/> 5. suyễn <input type="checkbox"/> 11. Viêm khớp <input type="checkbox"/> 17. Dị ứng (tên loại): _____ <input type="checkbox"/> 6. Bệnh thận <input type="checkbox"/> 12. Tiểu đường <input type="checkbox"/> 18. Bệnh khác : _____										Cần chú ý các bệnh đặc biệt.									
											<input type="checkbox"/> Nói rõ bệnh lý									
	<input type="checkbox"/> Có lãnh thể bệnh quan trọng , loại _____																			
	<input type="checkbox"/> Có lãnh thể bệnh tật (thân thể, thần kinh...) , loại _____										Mức độ : <input type="checkbox"/> Rất nặng <input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Nhẹ									
Nếu có các loại bệnh trên vẫn chưa hết, còn đang chữa trị, vui lòng chủ động cho biết cách trị trọng yếu để tham khảo, chăm sóc.																				
Bệnh sử gia tộc : Bệnh sử gia tộc di truyền quan trọng _____ , tên bệnh _____																				
Hình thái sinh hoạt	※ Đánh dấu móc chọn câu thích hợp: 1. Trong 7 ngày qua (không kể thứ 7, chủ nhật) , Thói quen giấc ngủ: <input type="checkbox"/> ① Mỗi ngày ngủ đủ 7 tiếng. <input type="checkbox"/> ② không đủ 7 tiếng. <input type="checkbox"/> ③ Thường mất ngủ. 2. Trong 7 ngày qua (không kể thứ 7, chủ nhật) , Thói quen ăn sáng: <input type="checkbox"/> ① Không ăn. <input type="checkbox"/> ② Có lúc ăn , _____ lần/ngày. <input type="checkbox"/> ③ Mỗi ngày ăn, mấy giờ ăn ? _____ giờ. 3. Trong 7 ngày qua (không kể thứ 7, chủ nhật và nghỉ hè, nghỉ đông) , Thói quen vận động ít nhất 1 tuần 3 lần, mỗi lần ít nhất 30 phút. Nhịp tim 130 lần/phút, bạn làm được chưa?. <input type="checkbox"/> ① được. <input type="checkbox"/> ② chưa. 4. Trong 7 ngày qua, thói quen hút thuốc: <input type="checkbox"/> ① Không hút. <input type="checkbox"/> ② Thường hút. <input type="checkbox"/> ③ Mỗi ngày hút _____ điếu <input type="checkbox"/> ④ Đã cai thuốc. 5. Trong 1 tháng qua, thói quen uống rượu: <input type="checkbox"/> ① Không uống rượu. <input type="checkbox"/> ② Thường uống rượu. <input type="checkbox"/> ③ Mỗi ngày uống rượu _____ ly <input type="checkbox"/> ④ Đã cai rượu. (Định nghĩa 1 ly : bia 330 ml , rượu nho 120 ml , rượu mạnh 45 ml) 6. Trong 1 tháng qua, thói quen ăn trái : <input type="checkbox"/> ① Không ăn trái. <input type="checkbox"/> ② Thường ăn trái. <input type="checkbox"/> ③ Mỗi ngày ăn trái _____ trái. <input type="checkbox"/> ④ Đã cai trái.										7. Thường cảm thấy lo âu, trầm cảm ? <input type="checkbox"/> ① Không. <input type="checkbox"/> ② Rất ít. <input type="checkbox"/> ③ Thường xuyên 8. Có cảm thấy tức ngực ? <input type="checkbox"/> ① Không. <input type="checkbox"/> ② Rất ít. <input type="checkbox"/> ③ Thường xuyên 9. Có thường đau dạ dày ? <input type="checkbox"/> ① Không. <input type="checkbox"/> ② Rất ít. <input type="checkbox"/> ③ Thường xuyên 10. Có thường đau đầu ? <input type="checkbox"/> ① Không. <input type="checkbox"/> ② Rất ít. <input type="checkbox"/> ③ Thường xuyên 11. Tình huống kinh nguyệt (Nữ sinh đáp) (1) Lần đầu có kinh <input type="checkbox"/> ① Không. <input type="checkbox"/> ② Có. Lần đầu lúc : _____ tuổi (2) Chu kì kinh ? <input type="checkbox"/> ① ≤ 20 ngày. <input type="checkbox"/> ② 21-40 ngày. <input type="checkbox"/> ③ ≥ 41 ngày. <input type="checkbox"/> ④ Không ổn định (Trên 7 ngày) (3) Có hiện tượng đau bụng kinh ? <input type="checkbox"/> ① Không. <input type="checkbox"/> ② ít. <input type="checkbox"/> ③ Nhiều 12. Thói quen đi tiêu : Trong 7 ngày qua, bao lâu đi tiêu 1 lần ? <input type="checkbox"/> ① Mỗi ngày ít nhất 1 lần. <input type="checkbox"/> ② 2 ngày. <input type="checkbox"/> ③ 3 ngày. <input type="checkbox"/> ④ 4 ngày trở lên. 13. Thói quen sử dụng mạng internet : Trong 7 ngày qua (không kể thứ 7, chủ nhật) , và ngoài giờ đi học, làm bài ra, tổng cộng giờ sử dụng mạng: <input type="checkbox"/> ① Mỗi ngày ít nhất 1 giờ. <input type="checkbox"/> ② Mỗi ngày 1-2 giờ. <input type="checkbox"/> ③ Mỗi ngày 2-4 giờ. <input type="checkbox"/> ④ Mỗi ngày 4-5 giờ. <input type="checkbox"/> ⑤ Mỗi ngày 5 giờ trở lên.									
	Tự bình phẩm sức khỏe	1. Trong 1 tháng qua , nói chung bạn cảm thấy sức khỏe thế nào ? <input type="checkbox"/> ① Rất tốt. <input type="checkbox"/> ② Khá tốt. <input type="checkbox"/> ③ Tốt. <input type="checkbox"/> ④ Bình thường. <input type="checkbox"/> ⑤ Không tốt.																		
2. Trong 1 tháng qua , nói chung bạn cảm thấy tâm lý thế nào ? ? <input type="checkbox"/> ① Rất tốt. <input type="checkbox"/> ② Khá tốt. <input type="checkbox"/> ③ Tốt. <input type="checkbox"/> ④ Bình thường. <input type="checkbox"/> ⑤ Không tốt.																				
※ Trước mắt có vấn đề sức khỏe nào ? Vui lòng miêu tả:																				

(Bản chỉnh sửa của bộ giáo dục)

	So dung tích huyết cầu (Hct)				Cái khác	Có độc				
	Bình quân hồng huyết cầu tổ (MCH)									
	Nồng độ bình quân hồng huyết cầu tổ (MCHC)									
Lồng ngực X quang	Ngày kiểm tra :	Kết quả kiểm tra : <input type="checkbox"/> Không dị thường. <input type="checkbox"/> Nghi lao phổi <input type="checkbox"/> Canxi hóa lao phổi <input type="checkbox"/> Khoang ngực dị thường <input type="checkbox"/> Khoang sườn tích nước <input type="checkbox"/> Vẹo cột sống <input type="checkbox"/> Tim lớn <input type="checkbox"/> Khí quản sưng tấy <input type="checkbox"/> Cái khác _____					Tái khám truy cứu, ghi chú ngày tháng:			
Kiểm tra đột xuất	Kiểm tra bệnh:	Ngày kiểm tra	Đơn vị kiểm tra	Kết quả kiểm tra	Ghi chú chuyển tái khám, truy cứu.					
Kí lục tổng quản lý sức khỏe	Ghi chú quản lý tình hình kết quả kiểm tra tái khám, truy cứu cá nhân.									