

**PHIẾU CÂU HỎI KHI NHẬP VIỆN DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

 **Họ và tên: Chiều cao: cm Cân nặng: kg**

1. Vui lòng điền hai thông tin liên lạc khi ông/bà đang ở bệnh viện

 Địa chỉ liên hệ số 1 (Người nghe giải thích về tình trạng bệnh lý・Người hỗ trợ ông/bà trong thời gian nhập viện）

Họ tên:　　　　　　　　　　　（Mối quan hệ:　　　　　）Số điện thoại:

Địa chỉ liên hệ số 2 (Người nghe giải thích về tình trạng bệnh lý・Người hỗ trợ ông/bà trong thời gian nhập viện）

Họ tên:　　　　　　　　　　（Mối quan hệ:　　　　　）Số điện thoại:

1. Thành viên gia đình đang sống chung（không có　・ có）

Họ tên:　　　　　　　　　　　（Mối quan hệ: 　　　　　）

Họ tên:　　　　　　　　　　　（Mối quan hệ: 　　　　　）

1. Vui lòng viết rõ quá trình bệnh lý cho đến lần nhập viện này
2. Bác sỹ có giải thích gì về lần nhập viện này hay không?（Không ・ Có）

→Dành cho Ông/Bà có câu trả lời là có:

 Nội dung đã giải thích là gì?

1. Vui lòng điền vào lịch sử y tế của Ông/Bà (nhập viện,phẫu thuật,điều trị.v.v.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TuổiTuổiTuổiTuổi | Tên bệnh：Tên bệnh：Tên bệnh：Tên bệnh： | Nhập viện・Phẫu thuật・Đang điều trịNhập viện・Phẫu thuật・Đang điều trịNhập viện・Phẫu thuật・Đang điều trịNhập viện・Phẫu thuật・Đang điều trị |

1. Ông/bà có đang sử dụng loại thuốc nào không?（Không　・ Có）
* Đối với ông/bà chọn có: Ai đang là người quản lý việc sử dụng thuốc?

（Bệnh nhân・Không phải bệnh nhân ( )

* Đối với ông/bà có sổ quản lý thuốc và phiếu hướng dẫn sử dụng vui lòng giao lại cho điều dưỡng tại khoa nhập viện



1. Ông/bà có bị dị ứng gì không?

 ・Thức ăn（　　　　　　　　　）・Thuốc（　　　　　　　　　　　）

・Dị ứng với băng keo dán ・Ngoài ra（　　　　　　 　　　）

1. Có thực phẩm nào Ông/bà không ăn được không ?（　　　　　　　　　　　　　　）
2. Về cuộc sống, sinh hoạt hàng ngày

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Khả năng nuốt | Không | có | Bị sặc bởi nước・Bị sặc bởi thứ khác |
| Bữa ăn |  Lần/ Ngày | Cơm・Cháo・Xay nhỏ đồ ăn ・Cắt từng miếng vừa miệng・ăn qua ống sonde dinh dưỡng |
| Sử dụng răng giả | Không | Có | Bộ phận（Hàm trên・Hàm dưới）・Toàn bộ |
| Hút thuốc | Không | Có |  Điếu Ngày |
| Uống rượu | Không | Có | Lượng uống / NgàyLoại rượu： Uống rượu khi nào： |
| Số lần đại tiện | Lần / ngày | Lần đại tiện cuối: Ngày　 Tháng 　　　  |
| Số lần tiểu tiện | Lần / ngày |  Số lần tiểu tiện ban đêm:　　　　Lần |
| Sử dụng kính | Không | Có | Sử dụng kính áp tròng（Không・Có） |
| Sử dụng máy trợ thính | Không | Có | Lưu ý gì không:  |
| Sử dụng máy trợ tim | Không | Có | Khi nào cần tái khám kiểm tra: |
| Trở ngại về nhận thức | Không | có | Tình trạng chứng bệnh hay quên:　　　　　　  |
| TÌnh trạng giấc ngủ | Không | Có | Mất ngủ→ Sử dụng thuốcngủ（Không・Có： Tên thuốc ngủ:　 　　　） |

1. Về hoạt động Tiền sử bị ngã：　　Không・Có

|  |  |
| --- | --- |
| * Bị liệt：

(Không・Có) | ・Nửa người trên（Bên phải・Bên trái）・Nửa người dưới（Bên phải・Bên trái）・Đầu（Bên phải・Bên trái） |
| * Đi bộ
 | ・Tự lập・Sử dụng dụng cụ hỗ trợ（Không ・ Có (Gậy・xe đẩy・Dụng cụ khác） ・Không thể đi bộ |
| * Về nguồn hỗ trợ xã hội: Không・Có Nghề nghiệp: ( )
* Sổ chứng nhận khuyết tật:　Không・Có　　　Cấp độ: ( )
* Chứng nhận có thể sử dụng bảo hiểm người già:　Không ・ Có
	+ Mức độ cần hỗ trợ( 1 ・ 2 )・Mức độ cần chăm sóc ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )
	+ Đang đăng kí chờ xét duyệt
* Tận dụng các nguồn hỗ trợ từ chính sách:　Không・Có
* Người quản lý điều chỉnh lịch chăm sóc:　Không Có
	+ Họ tên　　　　　　 ・Thông tin liên hệ:
* Người phụ trách trợ cấp xã hội:　Không có
	+ Họ tên: (　　　　　　 )・Điện thoại liên hệ: ( )
 |

1. Về hỗ trợ khi xuất viện: Nhà ở・Cở sở chăm sóc・Bệnh viện

Địa điểm trở về sau xuất viện:（　　　　　　 　　）

***Rất cảm ơn vì sự hợp tác của quý Ông/Bà. Bệnh viện …***