

THÔNG TIN SỨC KHỎE

MEDICAL RECORD & AUTHORIZATION



I. THÔNG TIN HỌC SINH - Student's information

Họ và tên học sinh: _____ Mã số học sinh: _____
Full name: _____ Student's ID: _____

Ngày tháng năm sinh: ____/____/____ Giới tính: Nam Nữ
Date of birth: ____/____/____ Gender: Male Female

II. TIỀN SỬ - Medical history

Sinh đủ tháng Non tháng / Bú mẹ Bú bình
Normal birth Premature / Breastfed Bottle-fed

Cân nặng lúc sinh: ____ kg / Chiều cao: ____ cm / Vòng đầu: ____ cm / Vòng ngực: ____ cm
Birth weigh: ____ kg / Heigh: ____ cm / Head: ____ cm / Chest: ____ cm

Chế độ ăn hiện tại: _____ Tuổi bắt đầu ăn dặm: _____
Age started weaning: _____ Current diet: _____

Các bệnh di truyền/gia đình: _____
Family medical history/genetic diseases: _____

Các bệnh đã mắc phải: _____
Any known medical problems: _____

Tiền căn dị ứng (thuốc, thức ăn): _____ Nhóm máu (nếu có): _____
Allergies to any medicines or food: _____ Blood type (if known): _____

Chủng ngừa/ Immunization Records

NGÀY TIÊM UỐNG VẮC - XIN/ Vaccination chart

| LOẠI VẮC - XIN/ TYPE OF VACCINE | Cơ bản/ Typical | | | | | Nhắc lại/ Repeat |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| | Sơ sinh/ infant | Lần 1/ First time | Lần 2/ Second time | Lần 3/ Third time | 9 - 11th | 12 - 23th |
| BGC (Lao)/ BGC (Tuberculosis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sabin (Bại liệt)/ Sabin (Polio) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| BH - HG - UV/ BH-HG-UV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sởi (Sởi/Quai bị/Rubella) Measles (measles/mumps/rubella) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Viên não/ Meningitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tả/ Cholera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Viên gan B/ Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Thương hàn/ Typhoid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Viêm não Nhật Bản; Vắc - xin khác Japanese encephalitis Other | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

BM-TVTS-008-TTSK

III. BÁC SĨ KIỂM TRA - Medical evaluation: to be completed by a doctor

Cân nặng: _____ kg / Chiều cao: _____ cm / Vòng đầu: _____ cm / Vòng ngực: _____ cm
Birth weigh: _____ kg / Heigh: _____ cm / Head: _____ cm / Chest: _____ cm

Da niêm: Hồng Nhợt Tím
Skin: Rosy Pale Other

| NỘI DUNG KHÁM/ Details | BIỂU HIỆN/ Signs | |
|--|--------------------------|------------------------|
| | Bình thường Normal | Bất thường Abnormal |
| KHÁM/ DETAILS | | |
| Hô hấp Breathing | <input type="checkbox"/> | |
| Tim mạch Heart | <input type="checkbox"/> | |
| Tiêu hoá Digestion | <input type="checkbox"/> | |
| Thần kinh Mental activities | <input type="checkbox"/> | |
| Tiết niệu - SD Urinary function | <input type="checkbox"/> | |
| Cơ - xương - khớp Muscles - bones - joints | <input type="checkbox"/> | |
| Mắt - TMH - RHM Eyes - ears - nose - throat | <input type="checkbox"/> | |

IV. KẾT LUẬN - Results

Phát triển thể chất:
Physical development: _____

Phát triển vận động:
Movement development: _____

Phát triển tâm lý:
Mental development: _____

Bệnh cần theo dõi:
Current medical problems: _____

Chế độ dinh dưỡng:
Nutrition & food: _____

Kết quả:
Total conclusion: _____

Ngày _____ Tháng _____ Năm _____ Ngày _____ Tháng _____ Năm _____
Day Month Year Day Month Year

HIỆU TRƯỞNG
PRINCIPAL

BÁC SĨ
DOCTOR

Yêu cầu của phụ huynh:
Parents comments: _____