

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU KHÁM BỆNH VÀO VIỆN
(Tại khoa khám bệnh/cấp cứu...)

MS: PK-01

A. THÔNG TIN CHUNG

- Họ và tên (In hoa):
- Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:
- Giới tính: Nam Nữ
- Điện thoại:
- Nghề nghiệp:
- Dân tộc:
- Quốc tịch:
- Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Xã, phường:.....
Huyện (Q, Tx):.....
Tỉnh, thành phố:.....
- Đối tượng: BHYT Thu phí Miễn Khác
- Số thẻ BHYT: Giá trị sử dụng từ ngày...../...../20.....
- Số Căn cước/Hộ chiếu:
- Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:.....

Vào: Giờ thứ: của bệnh Ngày thứ: của bệnh Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: Không Có, ghi rõ:

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

Dị ứng: Không Có, ghi rõ:

Bản thân: Không Có, ghi rõ:

Tiền sử gia đình: Không Có, ghi rõ:

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân:

Mạchlần/ph
Nhiệt độ.....⁰C
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặngkg
Chiều cao cm

2. Các cơ quan:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng (có giá trị chẩn đoán, theo dõi bệnh):

.....

.....

4. Chẩn đoán vào viện (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc...):

.....

.....

.....

.....

.....

6. Ý kiến của bác sỹ chuyên khoa (nếu có):

.....

.....

.....

.....

7. Cho vào điều trị tại khoa:

8. Ghi chú:

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....
Bác sĩ khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)