

THÔNG TIN Y TẾ

(PH vui lòng điền đầy đủ thông tin)

1. Họ và tên HS (in hoa):.....Nam/Nữ:.....

2. Ngày tháng năm sinh:.....

3. Họ và tên bố (hoặc người giám hộ):.....

Nghề nghiệp:..... Số điện thoại:.....

Chỗ ở hiện tại:.....

4. Họ và tên mẹ (hoặc người giám hộ):.....

Nghề nghiệp:..... Số điện thoại:.....

Chỗ ở hiện tại:.....

5. Con thứ mấy:.....Tổng số con trong gia đình:.....con

6. Tiền sử sức khỏe bản thân:

	Sơ sinh	Hiện tại
Cân nặng (kg)		
Chiều cao (cm)		

a) Sản khoa:

- Bình thường ☐ Đẻ có can thiệp ☐ Hình thức can thiệp:.....

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng ☐ Đẻ thừa tháng ☐ Đẻ ngạt ☐

- Mẹ bị bệnh trong khi mang thai (nếu có ghi rõ bệnh):.....

b) Tiền sử bệnh/tật: Hen ☐ Động kinh ☐ Dị ứng ☐ Tim bẩm sinh ☐

Tiêm chủng: (Ghi chú M1: Mũi 1- M2: Mũi 2- M3: Mũi 3- SS: Sơ sinh)

Tình trạng	BCG	BH, ho gà, uốn ván			Bại liệt			Viêm gan B				Sởi	Viêm não Nhật Bản			Khác
		M1	M2	M3	M1	M2	M3	SS	M1	M2	M3		M1	M2	M3	
Có																
Không																
Không nhớ rõ																

• Số thẻ BHYT của trẻ:.....

• Nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu:.....

• Thời hạn sử dụng: Từ.....đến.....

Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:.....

7. Thay đổi thông tin, địa chỉ chỗ ở hoặc số điện thoại (nếu có):.....

.....