

# ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN MỚI



MAIN ROAD MEDICAL

Nam  Nữ  Họ  Tên

Ngày sinh  Tuổi thật (nếu khác với trên giấy tờ)

Địa chỉ

Phone 1  Phone 2

Email  Nghề nghiệp

Liên hệ khi khẩn cấp 1  Phone  Quan hệ

Liên hệ khi khẩn cấp 2  Phone  Quan hệ

Medicare Number  Ref Number  Expiry

Pension / Health Care Card  Expiry

DVA Card  Expiry

Thuốc đang dùng

Dị ứng

Tiền sử bệnh

Phẫu thuật

Rượu bia Không uống  1 lần / tháng  2-4 lần / tháng  2-4 lần / tuần  Trên 4 lần / tuần

Bao nhiêu Standard Drinks một ngày?

Thuốc lá Không hút  Bỏ từ năm  Đang hút  điếu / ngày

Tập thể dục mạnh (chạy, bơi, zumba, tennis, đạp xe, ...)

Bao nhiêu ngày mỗi tuần?  Bao nhiêu phút một ngày?

Nếu bạn trên 50 tuổi Đã thử phân tầm soát ung thư đại tràng?  năm nào

Nữ giới Đã làm test tầm soát ung thư cổ tử cung (PAP/CST)?  năm nào

Đã chụp nhũ ảnh tầm soát ung thư vú?  năm nào

Tiền sử gia đình: Xin liệt kê những người trong gia đình bị bệnh

Tiểu đường  Tim mạch

Đột quỵ  Ung thư

Tôi đã đọc chi tiết trên trang mạng MRmedical.com.au và đồng ý với việc thu thập và sử dụng thông tin cá nhân

Chữ ký bệnh nhân hay người giám hộ ..... Date