

**Bảng Câu Hỏi Về Tiền Sử Tiết Niệu Của Bệnh Nhân**

Ngày Hôm Nay: \_\_\_\_\_ Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_  
 Họ Tên Tên Đệm hoặc Tên Thờ Con Gái

Vui lòng trả lời những câu hỏi sau đây:

Câu Hỏi	Trả Lời	Quý vị đã thử dùng bất kỳ loại thuốc hoặc phương pháp điều trị nào cho vấn đề này chưa?
Quý vị có bị đau hoặc buốt khi đi tiểu không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có bị tiểu gấp hoặc phải chạy nhanh vào nhà vệ sinh không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có bị đi tiểu nhiều lần ban đêm không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có cảm giác đi tiểu không hết không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có bị rò rỉ nước tiểu không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Có máu trong nước tiểu không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có bị đau không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	Nếu có, quý vị bị đau ở đâu? _____	

Có tiền sử gia đình mắc các bệnh sau đây không? Nếu Có, vui lòng cho biết thành viên nào trong gia đình đã/đang mắc bất kỳ bệnh nào trong số các bệnh sau đây: (ví dụ: Mẹ, Cha, Anh Chị Em, Bà, Ông, Chú Bác, Cô Dì, v.v.)

Bệnh hoặc Tình Trạng	Tiền Sử Gia Đình	(Các) Thành Viên Gia Đình
Bệnh Tuyến Thượng Thận	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Đái Dầm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Ung Thư Bàng Quang	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh Crohn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh Tiểu Đường	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh Gout	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nhồi Máu Cơ Tim	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh Tim	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Huyết Áp Cao	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Ung Thư Thận	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh Thận	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Sỏi Thận	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh Đa Xơ Cứng	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Ung Thư Tuyến Tiền Liệt	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Đột Quy	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh Tuyến Giáp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh Lao	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	