PACIFIC CROSS
VIETNAM

The strength behind your insurance

BẢNG BÁO CÁO SỨC KHỎE

CHỈ DÀNH CHO NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM TRÊN 65 TUỔI

GHI CHÚ: Vui lòng điền đầy đủ và gửi đơn này tới Pacific Cross Việt Nam. Bác sĩ không phải do Pacific Cross Việt Nam chỉ định sẽ phải nộp bằng cấp và giấy phép hành nghề cùng với đơn này.

PHẦN I (ĐIỀN ĐẦY ĐỦ BỞI NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM)

Họ: _____ (Tên) _____ (Chữ lót) _____

Địa chỉ: _____

_____

Điện thoại: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Ngày sinh (ngày/tháng/năm): _____ Tuổi: _____ Giới tính: _____

Quốc tịch: _____ Nước cư trú: _____

Tên cha: _____ Tên mẹ: _____

Nếu đã chết vui lòng cho biết nguyên nhân tử vong : _____

Nếu đã chết vui lòng cho biết nguyên nhân tử vong: _____

Số anh/chị em: _____

Nếu có bất cứ anh/chị em nào đã chết, vui lòng cho biết nguyên nhân tử vong: _____

Chương trình chăm sóc người già trên 65: Có ❑ Không ❑

Với đơn này bác sĩ được phép cung cấp bất cứ bản báo cáo sức khỏe nào do **Pacific Cross Việt Nam** yêu cầu.

Chữ kí của Người yêu cầu bảo hiểm: _____ Ngày (ngày/tháng/năm): _____

PHẦN II (ĐIỀN ĐẦY ĐỦ BỞI NGƯỜI BÁC SĨ)

II-A: CÂU HỎI VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE (Đánh dấu "Có" hoặc "Không" và khoang tròn những mục tương ứng)

	CÓ	KHÔNG
1. Giảm cân/ Tăng cân trong vòng 6 tháng gần đây	❑	❑
2. Đau đầu không biết nguyên nhân/ chóng mặt, cơn co giật, suy yếu tập trung hay tê liệt	❑	❑
3. Mờ mắt, viêm mũi tái phát, đau họng, chảy mũ tai hoặc giảm thính giác	❑	❑
4. Nuốt đau, đau bụng tái phát, thay đổi thói quen đường ruột và số lượng phân, thổ huyết, phân có máu hoặc đại tiện có máu đen	❑	❑
5. Đau ngực, cảm giác bị nghẹt thở, hụt hơi,dễ mệt mỏi, chứng khó thở khi nằm, chứng khó thở bộc phát về đêm	❑	❑
6. Sự đi tiểu thường xuyên/đau buốt, thay đổi lượng nước tiểu/ tiểu ra máu, ra sỏi	❑	❑
7. Ra huyết trắng bất thường hoặc xuất huyết âm đạo, bị đau trong chu kì kinh hoặc chu kì kinh bất thường, đau ngực	❑	❑
8. Đau khớp, vết thương lâu lành, tứ chi thay đổi màu, tình trạng khập khiễng, chuột rút, phù chân	❑	❑
9. Vết bầm máu, đốm xuất huyết, dễ bầm tím, chảy máu nướu hoặc mũi	❑	❑
10. Dị ứng, chứng phù thần kinh mạch hoặc phản ứng quá mẫn cảm	❑	❑

Chi tiết: _____

THÔNG TIN BỔ SUNG THÊM:

_____

_____

HOẠT ĐỘNG THƯỜNG NGÀY:

	CÓ	KHÔNG	
HÚT THUỐC	❑	❑	Chi tiết: _____
UỐNG RƯỢU	❑	❑	Chi tiết: _____
CÁC HÌNH THỨC TẬP THỂ DỤC	❑	❑	Chi tiết: _____

TIỀN SỬ GIA ĐÌNH: _____

_____

_____

BỆNH SỬ (nhập viện, những bệnh đã có trước đây, v.v..)

_____

_____

_____

II-B: TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE (viết vào các dòng bên cạnh)

1. **DẤU HIỆU SINH TỒN:** **HUYẾT ÁP**: (NGỒI) _____(ĐỨNG)_____ **NHỊP TIM**: ____/ PHÚT **NHIỆT ĐỘ**: _____ ^{0}C
   CAO: _____CM **NẶNG**: _____KG
2. **TAI MŨI HỌNG:** **MẮT**: _____
   KIỂM TRA VÕNG MẠC: _____
   MŨI: _____ **CỔ/ CỔ HỌNG**: _____
   TAI: _____
3. **PHỔI**: _____
4. **KẾT QUẢ KHÁM NGỰC** (dành cho phụ nữ): _____
5. **TIM**: _____
6. **BỤNG**: _____
7. **TỨ CHI**: _____

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

A. X QUANG NGỰC: _____

B. 12 LEAD ECG: _____

C. XÉT NGHIỆM NƯỚC TIỂU (vi mô): _____

D.CÔNG THỨC MÁU (CBC): _____

E. NỒNG ĐỘ LIPID: _____

F. CHỨC NĂNG GAN (SGPT, SGOT, GGT, Alkaline phosphate, Bilirubins, Albumin): _____

_____

G. CHỨC NĂNG THẬN (BUN, Creatinine, Uric Acid): _____

H. CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP (T3 & T4): _____

I. LƯỢNG ĐƯỜNG TRONG MÁU: _____ J. HbA1c: _____

K. VIÊM GAN (B & C): _____ L. HIV: _____

M. PSA (dành cho nam): _____ N. PHẾT TẾ BÀO TỬ CUNG (dành cho nữ): _____

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM ĐƯỢC YÊU CẦU THÊM

A. SIÊU ÂM TIM 2 CHIỀU: _____

B. KIỂM TRA ĐIỆN TÂM ĐỒ GẮNG SỨC: _____

C. SIÊU ÂM TUYẾN VÚ VÀ CHỤP NHŨ ẢNH (dành cho nữ): _____

D. XÉT NGHIỆM NƯỚC TIỂU (C&S): _____

E. SIÊU ÂM BỤNG: _____

F. XÉT NGHIỆM ALPHA FETOPROTEIN: _____

GHI CHÚ

_____

_____

_____

_____	_____	_____/_____/_____
Chữ kí của Bác sĩ	Tên bác sĩ	Ngày(ngày/tháng/năm)