

Dưới đây là những câu hỏi về cuộc sống và sức khỏe của bạn. Chúng tôi hiểu rằng những câu hỏi này có thể mang tính cá nhân, nhưng chúng rất quan trọng đối với việc chăm sóc sức khỏe cho bạn. Chúng tôi hỏi tất cả bệnh nhân của chúng tôi những câu hỏi này. Giống như toàn bộ cuộc thăm khám của bạn, thông tin này sẽ được bảo mật nghiêm ngặt, trừ khi chúng tôi phải thông báo cho ai đó nếu bạn đang có ý định làm tổn hại bản thân hoặc người khác, hoặc nếu bạn đang bị tổn thương bởi người khác. Bạn có thể bỏ qua một số hoặc tất cả các câu hỏi này. Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào cho bác sĩ, vui lòng hỏi ngay khi bắt đầu cuộc thăm khám của bạn.

Tên: _____

Ngày sinh: _____

1. Bạn có bác sĩ gia đình không? Có Không Nếu có, là bác sĩ nào? _____

2. Bạn có việc làm không? (Chọn hết tất cả nếu phù hợp)

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Có, làm việc toàn thời gian | <input type="checkbox"/> Có, bán thời gian | <input type="checkbox"/> Có, hợp đồng | <input type="checkbox"/> Có, theo thời vụ | <input type="checkbox"/> Tôi là sinh viên |
| <input type="checkbox"/> Không vì khuyết tật hay bệnh | <input type="checkbox"/> Không vì chăm sóc trẻ em hoặc người lớn tuổi | <input type="checkbox"/> Không vì khó khăn với việc đi lại | <input type="checkbox"/> Không vì khó khăn trong việc tìm việc làm | <input type="checkbox"/> Không, lý do khác |

Nếu có việc làm, bạn có tiếp xúc với chất hóa học nào, vật liệu nào, hoặc điều kiện nào mà bạn lo lắng về an toàn sức khỏe cho mình ở nơi bạn làm việc không (liệu bạn có đang mang thai hay không?) Có Không

3. Trình độ học vấn cao nhất của bạn là gì?

- | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chưa tốt nghiệp trung học | <input type="checkbox"/> Học trung học | <input type="checkbox"/> Có bằng tốt nghiệp trung học/GED | <input type="checkbox"/> Học đại học |
| <input type="checkbox"/> Bằng cao đẳng | <input type="checkbox"/> Bằng cử nhân đại học | <input type="checkbox"/> Bằng thạc sĩ | <input type="checkbox"/> Bằng tiến sĩ |

4. Bạn cảm thấy tự tin với việc hiểu văn bản thông tin y tế như thế nào ?

- | | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Không học gì cả | <input type="checkbox"/> Chỉ học ít | <input type="checkbox"/> Hơi tự tin | <input type="checkbox"/> Tự tin | <input type="checkbox"/> Rất tự tin |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|

5. Bạn cảm thấy tự tin với việc hiểu những thông báo về sức khỏe của mình như thế nào?

- | | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Không tự tin | <input type="checkbox"/> Tự tin một chút | <input type="checkbox"/> Hơi tự tin | <input type="checkbox"/> Tự tin | <input type="checkbox"/> Rất tự tin |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|

6. Bạn cảm thấy tự tin với việc tự điền mẫu đơn y khoa như thế nào?

- | | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Không tự tin | <input type="checkbox"/> Tự tin một chút | <input type="checkbox"/> Hơi tự tin | <input type="checkbox"/> Tự tin | <input type="checkbox"/> Rất tự tin |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|

7. Bạn có dùng các sản phẩm này không? (Chọn hết tất cả nếu phù hợp)

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Thuốc lá | <input type="checkbox"/> Thuốc lá điện tử | <input type="checkbox"/> Thuốc lá không có khói | <input type="checkbox"/> Hookah | <input type="checkbox"/> Xì gà | <input type="checkbox"/> Không, không dùng bất cứ sản phẩm nào |
|-----------------------------------|---|---|---------------------------------|--------------------------------|--|

Nếu có:

Bạn mấy tuổi khi bạn bắt đầu dùng các sản phẩm này lần đầu tiên? _____

Bạn dùng bao nhiêu mỗi ngày _____ Xì gà _____ Thuốc lá _____ Gói _____ Ống _____ Khác: _____

Bạn có bao giờ thử cổ bỏ thuốc không? Có Không

Bạn có mong muốn bỏ thuốc không? Có Không

8. Bạn uống rượu thường xuyên ra sao?

- Không bao giờ Ít hơn mỗi tháng Mỗi tháng Mỗi tuần Mỗi ngày

9. Bạn có thường xuyên uống 4 ly rượu hoặc nhiều hơn trong mỗi lần uống không?

- Không bao giờ Ít hơn mỗi tháng Mỗi tháng Mỗi tuần Mỗi ngày

10. Bạn uống bao nhiêu rượu trong một ngày tiêu biểu khi bạn uống rượu?

- 0-2 3-4 5-6 7-9 10+

11. Bạn có bao giờ vào trị liệu vì việc uống rượu chưa?

- Có, bây giờ Có, trong quá khứ Không, chưa bao giờ

12. Bạn có cai rượu hay dùng chất kích thích không?

- Có Không

13. Trong năm rồi, có bao giờ bạn dùng thuốc kích thích giải trí hoặc dùng thuốc được kê toa không phải vì lý do y khoa không (bao gồm cả cần sa)?

- Có Không

Trong hai tuần qua, bạn có thường xuyên cảm thấy những điều sau đây?

14. Ít quan tâm hoặc ham thích làm việc

- Không tí nào Vài ngày Nhiều hơn nửa ngày Gần như mỗi ngày

15. Cảm thấy chán nản, trầm cảm hoặc vô vọng gì

- Không bao giờ Vài ngày Nhiều hơn phân nửa số ngày Gần như mỗi ngày

16. Trong hai tháng tới, bạn có lo lắng rằng bạn sẽ không có nhà ở ổn định không?

- Có Không

17. Hãy nghĩ về nơi bạn đang sống. Bạn có gặp khó khăn gì với những việc sau không? (Chọn hết tất cả nếu phù hợp)

- Phá hoại của côn trùng Không đủ sưởi ấm Sơn hoặc ống nước có nhiễm chì Ẩm mốc
 Lò nướng và bếp bị hỏng Không có hoặc thiệt bị báo khói bị hỏng Rò rỉ nước Không có vấn đề kể trên

18. Trong năm qua, bạn có lo lắng về việc hết thức ăn trước khi có tiền mua thêm không?

- Có Không

Trong năm qua, có ai:

19. Sĩ nhục bạn hay lạm dụng tình cảm bạn

- Có Không

20. Làm bạn sợ họ

- Có Không

21. Đá, đánh, tát hay làm đau về mặt thể chất

- Có Không

22. Hiếp dâm hoặc ép buộc bạn có các hoạt động tình dục mà bạn không muốn có

- Có Không

23. Nói rằng bạn không nên dùng thuốc tránh thai (như thuốc viên, thuốc chích, đặt vòng...) Lấy thuốc tránh thai đi, hoặc không cho bạn đến phòng khám để lấy thuốc ngừa thai

- Có Không

24. Bắt bạn sinh hoạt tình dục mà không dùng bao cao su khi bạn muốn dùng bao cao su, bao gồm cả việc lấy bao cao su ra trong lúc quan hệ tình dục hoặc cố ý làm rách bao cao su

- Có Không

25. Đã ép bạn hoặc bắt buộc bạn phải dùng thuốc ngừa thai khi bạn không muốn dùng hoặc không muốn dùng phương pháp đặc biệt đó

- Có Không