

Bản tham khảo tình hình sức khỏe Ngày, tháng, năm**THÔNG TIN CÁ NHÂN**

1. Tên:	2. Ngày sinh:	3. Nơi sinh (quốc gia):
5. Địa chỉ ở Phần Lan:		4. Nơi sinh:
		6. Điện thoại:
7. Bảo hiểm: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>	8. Tên công ty bảo hiểm:	
9. Thân nhân hoặc người liên hệ:	10. Điện thoại:	
11. Trường học /ngành học /bộ môn chính:	12. Ngày bắt đầu nhập học:	13. Ngày dự tính tốt nghiệp:

SỨC KHỎE

14. Tình trạng sức khỏe:	Tốt <input type="checkbox"/>	Trung bình <input type="checkbox"/>	Kém <input type="checkbox"/>
15. Bạn có bệnh kinh niên không ?	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Bệnh gì?
16. Bạn có bệnh gan không, viêm gan siêu vi?	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Bệnh gì?
17. Bạn có bị bệnh HIV không?	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	
18. Bạn có hút thuốc lá hoặc dùng các sản phẩm thuốc lá không?	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Loại gì và dùng bao nhiêu?
19. Bạn có dùng đồ uống có cồn hoặc các chất gây nghiện nào khác không? Bao nhiêu và bao nhiêu?	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Loại gì
20. Các lần nằm điều trị ở bệnh viện hoặc các lần phẫu thuật?	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Như thế nào?
21. Các phản ứng thuốc?	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Thuốc gì?
22. Bạn có bị ho lao không?	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Khi nào?
23. Bạn có uống thuốc trị lao không?	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Khi nào? Thuốc gì?
24. Trong số những người thân của bạn (những người sống trong cùng một hộ khẩu) có ai bị bệnh lao không?	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	
Trước kia hoặc bây giờ bạn có những triệu chứng dưới đây không:	Nếu có, bạn hãy cung cấp thêm thông tin chi tiết (ví dụ khi nào có triệu chứng, bây giờ có triệu chứng không, đã tìm thấy nguyên nhân của bệnh chưa):		
25. Ho kéo dài nhiều tuần	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	
26. Những lần ho có đờm hoặc ho ra máu	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	
27. Bị sút cân ngoài ý muốn	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	
28. Ra mồ hôi ban đêm	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	
29. Sốt kéo dài	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	
30. Sưng, đau hoặc có bài tiết ở hạch bạch huyết (cổ, hai nách, háng)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	

Thuốc uống, tiêm phòng

31. Bạn có sử dụng các loại thuốc kê đơn hay không?	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Thuốc gì?
Bạn đã được tiêm phòng các loại sau đây chưa:			
32. Bại liệt	33. Uốn ván/ bạch hầu	34. Sởi/ quai bị/ sởi Đức	
Chưa <input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> , khi nào?	Chưa <input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> khi nào?	Chưa <input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> khi nào?	
35. Bạn đã bị lên sởi chưa?	Chưa <input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/>		
36. Bạn đã bị bệnh quai bị chưa?	Chưa <input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/>		
37. Bạn đã bị lên sởi Đức chưa?	Chưa <input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/>		