

The Adult and Child Allergy - Asthma Medical Clinic. Inc.
330 S. Garfield Ave., Suite #116, Alhambra, CA, 91801
1850 S. Azusa Ave., Suite #206, Hacienda Heights, CA, 91745

Phone: 626.284.3400 Fax: 626.284.3434
Phone: 626.810.5450 Fax: 626.810.0391

Name: _____
Tên: _____

Age: _____
Tuổi: _____

Date of Birth: _____
Ngày sinh: _____

Major Problem for Visit (Circle YES or NO)

Lý do Chính đến Khám (Khoanh tròn CÓ hoặc KHÔNG)

Nose Problems	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Vấn đề về mũi	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Chest Problems	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Vấn đề về ngực	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Skin Problems	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Vấn đề về da	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Ear Problems	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Vấn đề về tai	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Eye Problems	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Vấn đề về mắt	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Other Problems: _____	
Các vấn đề khác: _____	

Allergies to Drugs?

Dị ứng với Thuốc?

Name of Drug(s): _____ Reaction(s): _____

Tên Thuốc: _____ (Các) phản ứng: _____

Symptoms

Triệu chứng

(Circle YES or NO)

(Khoanh tròn CÓ hoặc KHÔNG)

Chest

Ngực

Chronic cough	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Ho kinh niên	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Cough with mucus	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Ho có đờm	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Wheezing	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Thở khò khè	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Shortness of breath	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Khó thở	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Chest tightness	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Đau thắt ngực	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Frequent infections	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Nhiễm trùng thường xuyên	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Previous use of inhalers	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Từng sử dụng máy hô hấp	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG

Frequency of symptoms (Please circle)

Tần suất triệu chứng (Hãy khoanh tròn)

Daily, Weekly, Monthly, Seasonal

Hàng ngày, Hàng tuần, Hàng tháng, Theo mùa

How many days of school/work did you or your child

Bạn hoặc con bạn đã phải nghỉ làm/nghỉ học bao nhiêu ngày

miss in the last six months because of asthma? _____

trong vòng sáu tháng qua do bị hen suyễn? _____

Have you had any ER or Urgent Care visits? YES / NO

Bạn đã từng phải đến Phòng cấp cứu hoặc sử dụng dịch vụ Chăm sóc Khẩn cấp chưa? CÓ / KHÔNG

Have you been hospitalized for asthma? YES / NO

Bạn đã từng nằm viện điều trị hen suyễn chưa? CÓ / KHÔNG

The Adult and Child Allergy - Asthma Medical Clinic. Inc.
330 S. Garfield Ave., Suite #116, Alhambra, CA, 91801
1850 S. Azusa Ave., Suite #206, Hacienda Heights, CA, 91745

Phone: 626.284.3400 Fax: 626.284.3434
Phone: 626.810.5450 Fax: 626.810.0391

When did these problems start? _____
Những vấn đề này bắt đầu khi nào? _____

Upper Respiratory Symptoms

Triệu chứng Đường hô hấp Trên

- | | |
|--|--|
| Frequent nose congestion | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Tắc nghẽn mũi thường xuyên | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Frequent discharge from nose | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Chảy dịch mũi thường xuyên | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Post-nasal drip, mucus in throat | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Chảy dịch mũi sau, có đờm trong cổ họng | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Frequent ear problems/infections | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Có vấn đề về tai/nhiễm trùng tai thường xuyên | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Popping or plugging of ears | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Tai kêu lác rác hoặc đặc tai | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Itchy ears | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Ngứa tai | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Mouth breathing | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Thở bằng miệng | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Frequent sneezing/Itchy nose | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Ngứa mũi/hắt hơi thường xuyên | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Headaches / Sinus problems | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Có vấn đề về xoang/đau đầu | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Itchy throat / Throat clearing | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Ngứa họng/Khạc đàm | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Frequent sore throat | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Viêm họng thường xuyên | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Diminished sense of smell | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Suy giảm mùi | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Noisy breathing/snoring during sleep | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Thở khò khè/ngáy trong khi ngủ | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Do symptoms affect sleep? | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Các triệu chứng có ảnh hưởng đến giấc ngủ không? | <input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| Frequency of symptoms (Please circle) | |
| Tần suất triệu chứng (Hãy khoanh tròn) | |
| Daily, Weekly, Monthly, Seasonal | |
| Hàng ngày, Hàng tuần, Hàng tháng, Theo mùa | |
| At what age did the nasal problem start? _____ | |
| Vấn đề về mũi bắt đầu từ năm bao nhiêu tuổi? _____ | |

Eyes

Mắt

- Redness/itching YES / NO
Ngứa/đỏ mắt CÓ / KHÔNG
Eye swelling YES / NO
Sung mắt CÓ / KHÔNG
Discharge YES / NO
Chảy nước mắt CÓ / KHÔNG
Frequency of symptoms (Please circle)
Tần suất triệu chứng (Hãy khoanh tròn)
Daily, Weekly, Monthly, Seasonal
Hàng ngày, Hàng tuần, Hàng tháng, Theo mùa
When did these symptoms starts? _____
Các triệu chứng này bắt đầu từ khi nào? _____

Skin

Da

- Eczema (allergic skin rash) YES / NO
Eczema (dị ứng nổi mẩn da) CÓ / KHÔNG
a. Only as infant/child YES / NO
b. Chỉ nhạy cảm như trẻ sơ sinh/trẻ con CÓ / KHÔNG
c. Now? YES / NO
d. Bây giờ? CÓ / KHÔNG
Hives, welts YES / NO
Mề đay, ban sởi CÓ / KHÔNG
Swelling of face, lips, tongue YES / NO
Sung ở mặt, môi, lưỡi CÓ / KHÔNG
Dry skin YES / NO
Khô da CÓ / KHÔNG
Chemical sensitivities YES / NO
Nhạy cảm với hóa chất CÓ / KHÔNG
Frequency of symptoms (Please circle)
Tần suất triệu chứng (Hãy khoanh tròn)
Daily, Weekly, Monthly, Seasonal
Hàng ngày, Hàng tuần, Hàng tháng, Theo mùa
When did these problems start? _____
Những vấn đề này bắt đầu khi nào? _____

Dietary Symptoms / Food related

Triệu chứng về Chế độ ăn uống/Liên quan đến thực phẩm

- Frequent episodes of nausea, vomiting, YES / NO
Thường xuyên buồn nôn, nôn mửa CÓ / KHÔNG
abdominal cramps, bloating, diarrhea.
đau bụng, đầy hơi, tiêu chảy.
a. Associated with specific foods?
b. Có liên quan đến các loại thức ăn nhất định?
Please list: _____
Hãy liệt kê: _____
Rash, hives, swelling YES / NO
Phát ban, sung, nổi mề đay CÓ / KHÔNG
a. Associated with specific foods?
b. Có liên quan đến các loại thức ăn nhất định?
Please list: _____
Hãy liệt kê: _____

Headaches, dizziness _____

YES / NO

Đau đầu, chóng mặt _____

CÓ / KHÔNG

a. Associated with specific foods?

b. Có liên quan đến các loại thức ăn nhất định?

Please list: _____

Hãy liệt kê: _____

Any other food related problems? Please list _____

Có bất kỳ vấn đề nào khác liên quan đến thức ăn không? Hãy liệt kê _____

Stinging Insect Allergy

Dị ứng với Côn trùng Cắn, đốt

Reactions to bee, hornet, wasp or yellow jacket sting

Phản ứng với ong, ong vò vẽ, ong bắp cày hoặc ong áo vàng

Describe reaction: _____

Mô tả phản ứng: _____

Relationship of Symptoms to Possible Cause

Mối quan hệ của Triệu chứng với Nguyên nhân có thể

Frequency of symptoms (Please circle)

Tần suất triệu chứng (Hãy khoanh tròn)

All Year, Winter, Spring, Summer, Fall

Quanh năm, Mùa đông, Mùa xuân, Mùa hè, Mùa thu

Are symptoms worse during (Please circle)

Các triệu chứng có trở nên tồi tệ hơn vào (Vui lòng khoanh tròn)

Day, Night, Same all the time

Ban ngày, Ban đêm, Như nhau mọi thời điểm

Symptoms made worse by

Các triệu chứng tồi tệ hơn do

Wind / Santa Ana Winds

YES / NO

Gió / Gió Santa Ana

CÓ / KHÔNG

Rain

YES / NO

Mưa

CÓ / KHÔNG

Mowing grass / Playing in grass

YES / NO

Cắt cỏ / Chơi trên bãi cỏ

CÓ / KHÔNG

Colds / Flu / Respiratory infection

YES / NO

Cảm lạnh / Cúm / Nhiễm trùng hô hấp

CÓ / KHÔNG

Exposure to animals

YES / NO

Tiếp xúc với động vật

CÓ / KHÔNG

Weather change

YES / NO

Thay đổi thời tiết

CÓ / KHÔNG

Smog / Air pollution

YES / NO

Khói / Ô nhiễm không khí

CÓ / KHÔNG

Strong odors

YES / NO

Mùi mạnh

CÓ / KHÔNG

Exercise / Running

YES / NO

Tập luyện / Chạy

CÓ / KHÔNG

Emotional upset / Tension

YES / NO

Căng thẳng / Buồn bã

CÓ / KHÔNG

Laughing / Singing / Talking loudly

YES / NO

Cười / Hát / Nói to

CÓ / KHÔNG

Family History

Tiền sử bệnh Gia đình

Asthma	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Hen suyễn	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Bronchitis	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Viêm phế quản	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Emphysema / COPD	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Khí thũng / Nghẽn phổi mãn tính	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Nasal allergy / Hayfever / Sinusitis	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Dị ứng mũi / Sốt cỏ khô / Viêm xoang	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Hives / Lip and face swelling	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Phát ban / sưng môi và mặt	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Skin allergy / Eczema	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Dị ứng da / Da chốc lở	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Cystic fibrosis	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Xơ nang	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG

Pets

Thú nuôi

Dogs	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Chó	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Cats	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Mèo	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Rabbits / Guinea pigs / Hamsters	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Thỏ / Lợn Guinea / Chuột đồng	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Horses	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Nghựa	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Birds	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Chim	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Other _____	
Khác _____	

Smoking History

Tiền sử Hút thuốc

Have you ever smoked?	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Bạn đã từng hút thuốc chưa?	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
Length of time smoked _____	
Thời gian hút thuốc _____	
How many packs smoked per day? _____	
Bạn hút bao nhiêu gói một ngày? _____	
Does anyone smoke at home now?	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Hiện có ai hút thuốc ở nhà bạn không?	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG

Treatment

Điều trị

Previous allergy skin test or allergy blood test	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Xét nghiệm dị ứng da và dị ứng máu trước đó	<input type="checkbox"/> CÓ / <input type="checkbox"/> KHÔNG
When _____	
Khi nào _____	
By whom _____	
Do ai thực hiện _____	

Have you ever received allergy shots in the past? YES / NO

Bạn đã từng tiêm phòng dị ứng chưa? CÓ / KHÔNG

For how long? _____

Bạn tiêm được bao lâu? _____

Were they effective? YES / NO

Mũi tiêm có hiệu quả không? CÓ / KHÔNG

List all current medications including over the counter,

Liệt kê tất cả các loại thuốc hiện bạn đang dùng, trong đó bao gồm cả
prescription, vitamins, birth control, etc.

thuốc không theo đơn, thuốc theo đơn, vitamin, thuốc ngừa thai, v.v.

Occupational Survey

Khảo sát nghề nghiệp

Type of occupation _____

Loại nghề nghiệp _____

Exposure to dust / smoke / fumes / chemicals YES / NO

Tiếp xúc với khói / bụi / khí / hóa chất CÓ / KHÔNG

Do you work outside? YES / NO

Bạn có làm việc ngoài trời không? CÓ / KHÔNG

Do you work shifts? YES / NO

Bạn có làm ca không? CÓ / KHÔNG

Do allergies bother you at work? YES / NO

Dị ứng có gây khó khăn cho bạn trong công việc không? CÓ / KHÔNG

Are symptoms worse at work than at home? YES / NO

Các triệu chứng có trở nên tồi tệ hơn ở nhà khi bạn ở nơi làm việc không? CÓ / KHÔNG

Are symptoms worse at school than at home? YES / NO

Các triệu chứng có trở nên tồi tệ hơn ở nhà khi bạn ở trường không? CÓ / KHÔNG

If you go on vacation, do your symptoms improve? YES / NO

Nếu bạn đi nghỉ mát, các triệu chứng có được cải thiện? CÓ / KHÔNG

Environmental Survey

Khảo sát Môi trường

Home (House, Town house, Apartment)

Nhà (Căn nhà, Căn hộ, Nhà phố)

How long have you lived here? _____

Bạn đã sống tại đó bao lâu? _____

Are symptoms worse here than at previous

Các triệu chứng tại đó có tồi tệ hơn so với tại căn nhà
home?

YES / NO

cũ không?

CÓ / KHÔNG

Do you live close to freeway, busy street, or

Bạn có sống gần đường cao tốc, phố đông đúc, hay
railroad tracks?

YES / NO

đường rầy xe lửa không?

CÓ / KHÔNG

Central air conditioning

YES / NO

Điều hòa nhiệt độ trung tâm

CÓ / KHÔNG

Wall unit air conditioning

YES / NO

Điều hòa nhiệt độ gắn tường

CÓ / KHÔNG

Swamp cooler

YES / NO

Quạt phun sương

CÓ / KHÔNG

Flooring (Please circle)

Sàn nhà (Vui lòng khoanh tròn)

Carpet, area rugs, hardwood

Thảm, thảm lót tại chỗ, gỗ cứng

Humidifier

YES / NO

Máy tạo độ ẩm

CÓ / KHÔNG

Air cleaner

YES / NO

Máy lọc không khí

CÓ / KHÔNG

Ongoing construction / Painting

YES / NO

Đang xây / Sơn nhà

CÓ / KHÔNG

Water damage / Roof leaks

YES / NO

Hỏng hệ thống nước / Rò rỉ mái nhà

CÓ / KHÔNG

Bedroom

Phòng ngủ

Window treatments (Please circle)

Cửa sổ (Hãy khoanh tròn)

Drapes, blinds, shutters

Màn, rèm, màn

Windows open when sleeping?

YES / NO

Cửa sổ có mở khi bạn ngủ không?

CÓ / KHÔNG

Pets in bedroom?

YES / NO

Có thú nuôi trong phòng ngủ?

CÓ / KHÔNG

Flooring (Please circle)

Sàn nhà (Vui lòng khoanh tròn)

Carpet, area rugs, hardwood

Thảm, thảm lót tại chỗ, gỗ cứng

Type of bed (Please circle)

Loại giường (Hãy khoanh tròn)

Box spring, bunk, platform, futon, canopy

Đệm lò xo, giường tầng, giường thấp, nệm futon, giường 4 cọc

Type of bedding (Please circle)

Loại gối, chăn, đệm (Hãy khoanh tròn)
Down pillow, down comforter, synthetic comforter,
Gối lông vũ, chăn lông vũ, chăn bông tổng hợp
Silk comforter
Chăn lụa

Travel History

Tiền sử Đi lại

- Do your symptoms change when you travel? YES / NO
Triệu chứng của bạn có thay đổi khi bạn đi lại không? CÓ / KHÔNG
- Do your symptoms improve if you leave your
Triệu chứng của bạn có được cải thiện khi bạn
home? YES / NO
rời khỏi nhà không? CÓ / KHÔNG
- Does air travel worsen symptoms? YES / NO
Triệu chứng của bạn có tồi tệ hơn khi đi máy bay không? CÓ / KHÔNG