

Bảng câu hỏi dành cho người chăm sóc khi tiếp nhận bệnh

Xin vui lòng hoàn tất các thông tin sau đây theo hết khả năng của bạn. Trị liệu viên của thân chủ sẽ xem xét và làm rõ hơn câu trả lời của bạn

| | | | |
|---|--|--|--------------|
| Tên người hoàn tất mẫu đơn này: | | Mối quan hệ với thân chủ: | |
| Tên của thân chủ: | | DOB (tháng, ngày, và năm sanh): | |
| Thân chủ này có ở trong chăm sóc bảo hộ (foster care) không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Đã có trong quá khứ | | Lý do có chăm sóc bảo hộ: _____ | |
| | | Ở bao lâu và khi nào nếu có trong quá khứ? _____ | |
| Tình trạng hôn nhân của cha mẹ: <input type="checkbox"/> Đang kết hôn <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/> Ở góa <input type="checkbox"/> Chưa từng kết hôn | | | |
| Nếu cha mẹ của thân chủ ly dị, ai được quyền pháp lý nuôi con? <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Chia quyền <input type="checkbox"/> Cách thức khác | | | |
| Tên của người mẹ: | | Tên họ của người mẹ trước khi lấy chồng: | Địa chỉ nhà: |
| Điện thoại (nhà/di động): | | Điện thoại (số làm): | |
| Tên của cha: | | | Địa chỉ nhà: |
| Điện thoại (nhà/di động): | | Điện thoại (số làm): | |

1. TRÌNH BÀY VẤN ĐỀ CỦA THÂN CHỦ:

Mô tả ngắn gọn vấn đề chính mà bạn đang tìm sự giúp đỡ cho người thân chủ ngày hôm nay?

| |
|--|
| |
| |
| |

2. LỊCH SỬ SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA THÂN CHỦ

Thân chủ này đã bao giờ đi gặp bác sĩ tâm thần hay một trị liệu viên chưa? Không Có

Cho những tình trạng hay chẩn đoán bệnh gì? _____

Cho biết ngày nhận dịch vụ và thông tin về cách liên lạc chuyên gia sức khỏe này.

Thân chủ này đã bao giờ can dự vào bất cứ những việc sau đây?

Có suy nghĩ (nói ra, viết xuống, v.v.) muốn giết hay hại chính mình? Không Có. Ngày hay những ngày nào: _____

Hành động toan tự tử? Không Có. Ngày hay những ngày nào: _____ Phương cách: _____

Có tình làm thương tổn hay nguy hại cho chính mình? Không Có. Ngày hay những ngày nào: _____ Phương cách: _____

Hãy trả lời những câu sau về người thân chủ này.

Có khó khăn biểu lộ hay thể hiện chính mình Không Có

Thỉnh thoảng từ chối không chịu nói Không Có

Ám ảnh cưỡng chế Không Có

Không cảm nhận được với giới tính được ấn định khi sanh ra Không Có

Thân chủ này có bao giờ dùng thuốc tâm thần được cho toa bởi một chuyên gia về sức khỏe? Không Có

| | | |
|----------------|----------------|---|
| Tên của thuốc: | Thời gian nào? | Bị phản ứng tiêu cực? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____ |
| Tên của thuốc: | Thời gian nào? | Bị phản ứng tiêu cực? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____ |
| Tên của thuốc: | Thời gian nào? | Bị phản ứng tiêu cực? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____ |

Thân chủ này đã bao giờ được trải nghiệm tâm lý chưa? Không Có

Lý do để trải nghiệm là gì?

Xin cung cấp thời gian và địa điểm nơi trải nghiệm được tiến hành?

Xin cung cấp tên của các trải nghiệm được sử dụng cho thân chủ này (nếu biết) và/hay ***mang theo bản sao của báo cáo trải nghiệm tâm lý đến buổi hẹn kế tiếp.***

3. THÔNG TIN VỀ NGUỒN GỐC GIA ĐÌNH

Xin cung cấp thông tin về anh chị em của thân chủ bao gồm tên, tuổi, và giới tính

| Tên | Tuổi | Giới tính | Quan hệ | Tên | Tuổi | Giới tính | Quan hệ |
|-----|------|---|---|-----|------|---|---|
| | | <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | <input type="checkbox"/> Ruột <input type="checkbox"/> Chỉ có cùng một phụ huynh <input type="checkbox"/> Con của cha hay mẹ kế | | | <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | <input type="checkbox"/> Ruột <input type="checkbox"/> Chỉ có cùng một phụ huynh <input type="checkbox"/> Con của cha hay mẹ kế |
| | | <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | <input type="checkbox"/> Ruột <input type="checkbox"/> Chỉ có cùng một phụ huynh <input type="checkbox"/> Con của cha hay mẹ kế | | | <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | <input type="checkbox"/> Ruột <input type="checkbox"/> Chỉ có cùng một phụ huynh <input type="checkbox"/> Con của cha hay mẹ kế |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| | <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | <input type="checkbox"/> Ruột <input type="checkbox"/> Chỉ có cùng một phụ huynh <input type="checkbox"/> Con của cha hay mẹ kể | | <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | <input type="checkbox"/> Ruột <input type="checkbox"/> Chỉ có cùng một phụ huynh <input type="checkbox"/> Con của cha hay mẹ kể |
| | <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | <input type="checkbox"/> Ruột <input type="checkbox"/> Chỉ có cùng một phụ huynh <input type="checkbox"/> Con của cha hay mẹ kể | | <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | <input type="checkbox"/> Ruột <input type="checkbox"/> Chỉ có cùng một phụ huynh <input type="checkbox"/> Con của cha hay mẹ kể |

Thân chủ này có phải là được nhận làm con nuôi không? Không Có. Nếu có, lúc mấy tuổi? _____

Xin hoàn tất các thông tin sau đây về tình trạng và chữa trị sức khỏe tâm thần của người thân trong gia đình.

| | | | | | |
|-----------------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|
| Lạm dụng ma túy | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Tự tử | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Khó khăn về chú ý tập trung | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Lạm dụng rượu | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Cố ý tự tử | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Khó khăn về học hành | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Trầm cảm | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Vừa có trầm cảm vừa có hưng phấn | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Tâm thần phân liệt | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Phải vào bệnh viện tâm thần | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Uống thuốc tâm thần | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Tư vấn hay trị liệu về sức khỏe tâm thần | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |

4. LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN CỦA THÂN CHỦ

Xin hoàn tất những thông tin dưới đây về thời kỳ thai nghén của mẹ ruột:

| | | | |
|--|--|--|--|
| Không nhận được chăm sóc tiền sản đầy đủ | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Người mẹ có vấn đề về cảm xúc | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Người mẹ hút thuốc | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Người mẹ bị tiếp xúc với khói thuốc người khác hút | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Người mẹ tiêu thụ cà phê | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Người mẹ là nạn nhân của bạo hành | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Người mẹ sử dụng ma túy hay rượu | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Người mẹ có vấn đề về y khoa | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Người mẹ sử dụng thuốc men | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Người mẹ bị nhập viện | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Người mẹ bị tai nạn hay thương tật | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Các vấn đề khác: _____ (xin kể ra) | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |

Xin hoàn tất các thông tin sau đây về sự sanh sản của thân chủ.

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Thân chủ bị đẻ non | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Chậm khóc ngay sau khi sanh | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Rặng đẻ khó khăn | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Em bé được cho thở oxy hay được truyền máu | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Đẻ ngược, đẻ mổ hay phải kẹp kéo ra | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Em bé được đưa vào lồng kính | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| Thai bị yếu | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Em bé ở lại bệnh viện sau khi mẹ về nhà. | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
|-------------|--|--|--|

Xin cho biết thân chủ có gặp phải bất kỳ sự chậm trễ /khó khăn nào với các mốc phát triển/hành vi sau đây không

| | | | |
|------------------------|--|--|--|
| Tự ngóc đầu lên | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Huấn luyện đi tiêu và tiểu | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Học cách gắn gữi ôm áp | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Tự đúc mình bằng muỗng | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Học tự ngồi một mình | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Cột dây giày | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Học bò | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Tự mặc quần áo | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Ngủ nguyên đêm | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Viết tên của mình | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Học đi | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Có khả năng kết bạn và sống hòa hợp với bạn bè | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Học nói | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Điều khác: _____ (kể ra) | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |

Xin cho biết nếu người thân chủ có bao giờ trải qua những kinh nghiệm sau đây.

| | | |
|---|--|-------------------|
| Bị ngược đãi về thân thể | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Khi nào? _____ |
| Bị bỏ bê (e.g., thiếu thực phẩm, nơi trú ẩn, quần áo) | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Khi nào? _____ |
| Bị lạm dụng hay quấy rối tình dục | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Khi nào? _____ |
| Bị ngược đãi về tinh thần | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Khi nào? _____ |
| Chứng kiến bạo lực gia đình | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Khi nào? _____ |

5. LỊCH SỬ HỌC ĐƯỜNG CỦA THÂN CHỦ

Thân chủ hiện đang học lớp mấy? Mầm non Mẫu giáo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Xin cho biết thân chủ có bao giờ đã nhận và/hoặc hiện nay đang nhận bất cứ những dịch vụ hỗ trợ dưới đây tại trường.

| | | |
|----------------------|--|------------|
| Trị liệu phục hồi | <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/> Có | Lớp? _____ |
| Vật lý trị liệu | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Lớp? _____ |
| Điều trị về ngôn ngữ | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Lớp? _____ |

| | | |
|--|--|------------|
| Lớp tài nguyên hỗ trợ của trường | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Lớp? _____ |
| Tham vấn tâm lý | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Lớp? _____ |
| Học kèm | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Lớp? _____ |
| Điều chỉnh việc thi cử cho thích hợp | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Lớp? _____ |
| Giáo dục 1 kèm 1 (Vd: từ một người trợ giáo) | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Lớp? _____ |
| Các chương trình khác: _____ (Xin nói rõ) | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Lớp? _____ |

✓ Thân chủ này có Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân Hóa (IEP) hay Kế Hoạch 504 không?

Không Có. *Nếu có, xin vui lòng đem chúng đến buổi hẹn kế tiếp.*

6. CÁC HÀNH VI RỦI RO CAO CỦA THÂN CHỦ

Xin cho biết nếu thân chủ có bao giờ tham dự bất cứ hành vi rủi ro cao sau đây.

| | | | |
|----------------------------|--|------------------------------------|--|
| Tham gia băng đảng? | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Nhấn tin tình dục? | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Sử dụng các loại vũ khí? | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Lái xe nguy hiểm? | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Tình dục có/không an toàn? | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Các hành vi khác: _____ (Kể ra) | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |

7. LỊCH SỬ Y KHOA CỦA THÂN CHỦ

| | |
|---|----------------------------------|
| Tên của bác sĩ hay bác sĩ nhi khoa của thân chủ: | Thành phố: |
| Số điện thoại văn phòng bác sĩ nhi khoa: | Ngày khám sức khỏe gần đây nhất: |
| Thân chủ có một nha sĩ để đi khám nha khoa thường xuyên không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Ngày khám nha khoa gần đây nhất: |

Thân chủ đã từng có các **tình trạng y khoa** sau đây?

| | | | |
|------------------------|--|-----------------------|--|
| Khuyết tật bẩm sinh | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Khó khăn/vấn đề về ăn | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Cao huyết áp | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Có thai | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Các vấn đề về bao tử | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Bệnh về thận | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Chóng mặt hay ngất xỉu | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Tiểu đường | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Chấn thương đầu | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Suy yếu thính giác | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Suyễn, dị ứng phấn hoa, mề đay, ngứa | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Suy yếu thị giác | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Dị ứng: _____(kể ra) | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Các vấn đề về lưng, cơ bắp, hay khớp | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Giải phẫu/bệnh trầm trọng/tai nạn | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Viêm gan, vàng da, các bệnh về gan | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Động kinh, co giật, giật kinh phong | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Các vấn đề về giữ thăng bằng hay điều khiển cơ thể | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Thường nhức đầu hay nhức đầu kinh khủng | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Các vấn đề khác: _____(kể ra) | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |

Thân chủ này hiện nay có uống thuốc cho các trạng thái y khoa liệt kê ở trên? Không Có

| | |
|------------|--------------------------------------|
| Tên thuốc: | Thuốc này để dành cho bệnh trạng gì? |
| 1) | |
| 2) | |
| 3) | |

Thân chủ này đã từng bao giờ bị nhập viện không? Không Có. Nếu có, vì lý do gì? _____

Thân chủ này có được chủng ngừa/vắc-xin cập nhật không? Không Có

Thân chủ này có bị những bệnh truyền nhiễm nào sau đây không?

| | | | | | | | |
|---------------|--|---------------|--|------------------|--|-------------------------|--|
| Bệnh thủy đậu | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Bại liệt | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Bệnh sởi Rubella | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Viêm màng não | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Bệnh quai bị | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Bệnh sởi | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Viêm gan | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Các bệnh khác: _____ | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có |
| Bệnh lao | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Ký sinh trùng | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | Sốt thấp khớp | <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | | |

*Xin cảm ơn đã hoàn tất mẫu đơn này
Xin sử dụng mặt sau của trang này để chia sẻ bất kỳ thông tin liên quan bổ sung nào về thân chủ này*