

Biểu Mẫu Quản Lý Ca Bệnh Cầu Nối

Tên người ghi danh mới			
Người ghi danh có đang nhận điều trị chạy thận nhân tạo không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Người ghi danh có đang nhận điều trị thẩm phân phúc mạc không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Nếu câu trả lời của quý vị là Không cho cả hai câu hỏi trên, vui lòng không điền biểu mẫu này và chuyển tiếp sang Đánh Giá Nguy Cơ Sức Khỏe.			
Tên Trung Tâm Chạy Thận			
Địa Chỉ Trung Tâm Chạy Thận			
	Thành phố		Mã bưu chính
Số điện thoại trung tâm chạy thận			
Lịch trình điều trị chạy thận	<input type="checkbox"/> Thứ hai <input type="checkbox"/> Thứ ba <input type="checkbox"/> Thứ Tư <input type="checkbox"/> Thứ năm <input type="checkbox"/> Thứ sáu <input type="checkbox"/> Thứ bảy <input type="checkbox"/> Chủ nhật <input type="checkbox"/> Không có Thời gian điều trị: _____		
Người ghi danh có cần hỗ trợ về phương tiện đi lại không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Nếu Có, người ghi danh có yêu cầu đặc biệt nào không, chẳng hạn như xe lăn, băng ca, đưa đón tận cửa, hoặc đưa đón tại lễ đường?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Xin hãy liệt kê:

Ngoài bác sĩ chuyên khoa thận, quý vị còn được chăm sóc định kỳ bởi bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc nào khác?

Liệt kê tất cả những mục áp dụng: bác sĩ chuyên khoa, dịch vụ chăm sóc tại nhà, thiết bị/y cụ y tế, v.v. Chúng tôi sẽ liên hệ với họ để yêu cầu tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị.

Tên nhà cung cấp dịch vụ			
Số điện thoại hoặc địa chỉ			
Ngày hẹn tiếp theo			
Có cần hỗ trợ vận chuyển không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Tên nhà cung cấp dịch vụ			
Số điện thoại hoặc địa chỉ			
Ngày hẹn tiếp theo			
Có cần hỗ trợ vận chuyển không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	

Biểu Mẫu Quản Lý Ca Bệnh Cầu Nối (Tiếp theo)

Tên nhà cung cấp dịch vụ	
Số điện thoại hoặc địa chỉ	
Ngày hẹn tiếp theo	
Có cần hỗ trợ vận chuyển không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên nhà cung cấp dịch vụ	
Số điện thoại hoặc địa chỉ	
Ngày hẹn tiếp theo	
Có cần hỗ trợ vận chuyển không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên nhà cung cấp dịch vụ	
Số điện thoại hoặc địa chỉ	
Ngày hẹn tiếp theo	
Có cần hỗ trợ vận chuyển không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên nhà cung cấp dịch vụ	
Số điện thoại hoặc địa chỉ	
Ngày hẹn tiếp theo	
Có cần hỗ trợ vận chuyển không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên nhà cung cấp dịch vụ	
Số điện thoại hoặc địa chỉ	
Ngày hẹn tiếp theo	
Có cần hỗ trợ vận chuyển không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên nhà cung cấp dịch vụ	
Số điện thoại hoặc địa chỉ	
Ngày hẹn tiếp theo	
Có cần hỗ trợ vận chuyển không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên nhà cung cấp dịch vụ	
Số điện thoại hoặc địa chỉ	
Ngày hẹn tiếp theo	
Có cần hỗ trợ vận chuyển không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không