



โรงพยาบาลสมิติเวช
SAMITIVEJ HOSPITALS

Medical History (*Histoire de la Médecine*)

Allergy *Allergie*

- Drug *médicaments* Yes *Oui* No Please specify *S'il vous plaît spécifier* :

.....

- Others *Autres* Please Specify *S'il vous plaît spécifier* :

Have you ever had a surgery ? *Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?*

Yes *Oui* No Please specify *S'il vous plaît spécifier* :

.....

Date/ Year *Date / Année* :

Do you have any of pre-existing conditions by the following lists :

Hypertension Asthma *L'asthme* Tuberculosis *La tuberculose* Cancer

Diabetes *Diabète* Cardiovascular disease *Les maladies cardiovasculaires*

Stomach Ulcer *Estomac Ulcère* Migraine Taking Medicine *Prendre des médicaments*

Please specify *S'il vous plaît spécifier* :

.....

Family Disease : Heart Cancer Stroke *Maladies* Mental illness *La maladie mentale*

Diabetes *Diabète* Hypertension Others

Current Symptom *Symptôme actuel*

Diarrhea *La diarrhée* Dizziness *Étourdissements* Headache *Maux de tête* Rash *Éruption cutanée*

Vision problems *Les problèmes de vision* Hearing problems *Les problèmes d'audition*

Shortness of breath *Essoufflement* Constipation *La constipation* Chronic cough *La toux chronique*

Numb /Weak *Numb / faible* Spasm *Spasme* Swelling *Gonflement* Blister *Cloque*

Inflammation *L'inflammation* Blood in stool *Sang dans les selles* Nausea *Nausées* Fever *Fièvre*

Blood in urine *Sang dans les urines* Others *D'autres*

The symptom start from *Le début des symptômes de*: