

Phiếu Chẩn Đoán Nội Khoa

ない か もんしんひょう
内科問診票

Tiếng Việt
ベトナム語

Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng bị bệnh あてはまるものにチェックしてください

Năm ^{ねん} tháng ^{がつ} ngày ^{にち}

Họ và tên ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> Nam ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Nữ ^{おんな} 女
Ngày sinh ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ Năm ^{ねん} _____ tháng ^{がつ} _____ ngày ^{にち}	Điện thoại ^{でんわ} 電話		
Địa chỉ ^{じゅうしょ} 住所				
Có bảo hiểm y tế không? ^{けんこうほけんも} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Có ^{はい}	<input type="checkbox"/> Không ^{いいえ}		
Quốc tịch ^{こくせき} 国籍	Ngôn ngữ ^{ことば} 言葉			

Đã bị triệu chứng gì? どうしましたか

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bị sốt(^{ねつ} 熱がある) | <input type="checkbox"/> Đau cổ ^{のどが痛い} | <input type="checkbox"/> Bị ho ^{せき} | <input type="checkbox"/> Nhức đầu ^{あたまが痛い} |
| <input type="checkbox"/> Đau ngực ^{胸が痛い} | <input type="checkbox"/> Nổi ban ^{発疹} | <input type="checkbox"/> Hồi hộp ^{動悸} | <input type="checkbox"/> Hơi thở bị ngắt ^{息切れ} |
| <input type="checkbox"/> Bị phù ^{むくみ} | <input type="checkbox"/> Chóng mặt ^{めまい} | <input type="checkbox"/> Khó thở ^{胸が苦しい} | <input type="checkbox"/> Đau bụng ^{お腹が痛い} |
| <input type="checkbox"/> Đau bao tử (dạ dày) ^{胃が痛い} | <input type="checkbox"/> Huyết áp cao ^{高血圧} | <input type="checkbox"/> Bị tê rần ^{しびれ} | <input type="checkbox"/> Khô miệng ^{口が渴く} |
| <input type="checkbox"/> Giảm cân ^{体重が減っている} | <input type="checkbox"/> Chướng bụng ^{お腹が張る} | <input type="checkbox"/> Không muốn ăn ^{食欲がない} | |
| <input type="checkbox"/> Ói mửa ^{嘔吐} | <input type="checkbox"/> Cảm thấy buồn nôn (Buồn ói) ^{吐き気} | <input type="checkbox"/> Tiêu chảy ^{下痢} | |
| <input type="checkbox"/> Phân có máu ^{血便} | <input type="checkbox"/> Mỏi mệt ^{だるい} | <input type="checkbox"/> Dễ mệt ^{疲れやすい} | <input type="checkbox"/> Triệu chứng khác ^{その他} |

Bị từ khi nào? それはいつからですか

_____ Năm ^{ねん} _____ tháng ^{がつ} _____ ngày ^{にち} 日から

Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? ^{くすり た 食物} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Có ^{はい} → Dược phẩm ^薬 Thực phẩm ^{食べ物} Ngoài ra ^{その他} Không ^{いいえ}

Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? ^{げんざいのくすり} 現在飲んでいる薬はありますか

Có ^{はい} → Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. ^も 持っていれば見せてください Không ^{いいえ}

Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng là có thai không? ^{にんじん} 妊娠していますか、またその可能性はありますか

Có ^{はい} → _____ tháng ^{かげつ} ケ月 Không ^{いいえ}

Bạn có đang cho con bú không? ^{じゅにゅうちゅう} 授乳中ですか

Có ^{はい} Không ^{いいえ}

Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào không? ^{いま} 今までにかった病気はありますか

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử ^{胃腸の病気} | <input type="checkbox"/> Bệnh gan ^{肝臓の病気} | <input type="checkbox"/> Bệnh tim ^{心臓の病気} |
| <input type="checkbox"/> Bệnh thận ^{腎臓の病気} | <input type="checkbox"/> Bệnh Lao ^{結核} | <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường ^{糖尿病} |
| <input type="checkbox"/> Huyết áp cao ^{高血圧症} | <input type="checkbox"/> Bệnh AIDS(SIDA) ^{エイズ} | <input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ ^{甲状腺の病気} |
| <input type="checkbox"/> Bệnh khác ^{その他} | <input type="checkbox"/> Bệnh giang mai ^{梅毒} | |

Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không? ^{げんざい} 現在治療している病気はありますか

Có ^{はい} Không ^{いいえ}

Đã từng phải phẫu thuật bệnh lần nào chưa? ^{しじゅつ} 手術を受けたことがありますか

Có ^{はい} Không ^{いいえ}

Đã truyền máu lần nào chưa? ^{ゆけつ} 輸血を受けたことがありますか

Có ^{はい} Không ^{いいえ}

Từ giờ về sau, bạn có thể tự dẫn phiên dịch đến được không? ^{こんご} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Có ^{はい} Không ^{いいえ}