

Phiếu Chẩn Đoán Khoa Sản Phụ

さんふじんかもんしんひょう
産婦人科問診票Tiếng Việt
ベトナム語

Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng bị bệnh

Năm

tháng

ngày

Họ và tên	_____	<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Nữ
Ngày sinh	_____ Năm _____ tháng _____ ngày _____	Điện thoại	_____
Địa chỉ	_____		
Có bảo hiểm y tế không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Quốc tịch	_____	Ngôn ngữ	_____
Chiều cao	_____ cm	Cân nặng	_____ kg

Đã bị triệu chứng gì? どのような症状がありましたか?			
<input type="checkbox"/> Có thai	<input type="checkbox"/> Kinh nguyệt không đều	<input type="checkbox"/> Ra huyết trắng	<input type="checkbox"/> Ngoài ra
<input type="checkbox"/> cơn đau ở bụng dưới	<input type="checkbox"/> Ra máu nơi âm hộ	<input type="checkbox"/> Khối u (polip)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> U xơ buồng trứng	<input type="checkbox"/> Âm hộ bị ngứa	<input type="checkbox"/> U xơ tử cung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kiểm tra ung thư	<input type="checkbox"/> Chứng vô sinh	<input type="checkbox"/> Thiếu máu	<input type="checkbox"/>
Về kinh nguyệt			
Lần đầu tiên có kinh nguyệt vào lúc mấy tuổi?	_____ tuổi		
Bị tắt kinh vào lúc mấy tuổi?	_____ tuổi		
Kinh nguyệt có đều không?	<input type="checkbox"/> Có đều	<input type="checkbox"/> Không đều	
Chu kỳ kinh nguyệt	<input type="checkbox"/> 28 ngày	<input type="checkbox"/> 30 ngày	<input type="checkbox"/> _____ ngày
Số ngày hành kinh	_____ ngày		
Lượng ra máu	<input type="checkbox"/> Ra nhiều	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Ra ít
Khi có kinh, có bị đau hay không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Kỳ kinh nguyệt vừa qua	_____ tháng	_____ ngày	
Bạn đã từng quan hệ tình dục chưa?	<input type="checkbox"/> Rồi	<input type="checkbox"/> Chưa	
Kể về những lần có thai			
<input type="checkbox"/> Có thai _____ lần			
<input type="checkbox"/> Sinh nở _____ lần	<input type="checkbox"/> Sinh nở bình thường	<input type="checkbox"/> Đã sinh bằng phương pháp phẫu thuật	<input type="checkbox"/> Trường hợp khác
<input type="checkbox"/> Sảy thai _____ lần	<input type="checkbox"/> Nạo phá thai	<input type="checkbox"/> Thai trứng	<input type="checkbox"/> Trường hợp khác
Quý bà có định đến sinh con ở bệnh viện này không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không?			
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Dược phẩm	<input type="checkbox"/> Thực phẩm	<input type="checkbox"/> Ngoài ra
Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không?			
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không		
Quý bà đã có kiểm tra bệnh ung thư lần nào chưa?			
<input type="checkbox"/> Có	_____ Năm _____ tháng _____ ngày	<input type="checkbox"/> Chưa	

<1/2ページ>

Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào không? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

Bệnh đường ruột và bao tử いちょう びょうき 胃腸の病気
 Bệnh gan かんぞう びょうき 肝臓の病気
 Bệnh tim しんぞう びょうき 心臓の病気
 Bệnh thận じんぞう びょうき 腎臓の病気
 Bệnh Lao けっかく 結核
 Bệnh tiểu đường とうりょうびょう 糖尿病
 Bệnh Suyễn ぜんそく ぜんそく
 Huyết áp cao こうけつあつしやう 高血圧症
 Bệnh AIDS(SIDA) エイズ エイズ
 Bệnh bướu cổ こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気
 Bệnh lây nhiễm qua đường tình dục せいびょう 性病
 Bệnh khác た その他

Đã từng phải phẫu thuật bệnh lần nào chưa? しゅじゅつ うち 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 ちゆう 輸血を受けたことがありますか Có はい Không いいえ

Bệnh sử của gia đình : Xin ghi số tuổi của những người trong gia đình, và đánh dấu (✓) các ô thích hợp. かぞく びょうれき 家族の病歴

	Tuổi <small>ねんれい</small> 年齢	Khỏe mạnh <small>けんこう</small> 健康	Không khỏe mạnh <small>けんこう ではない</small> 健康ではない	Bệnh di truyền <small>いでんびょう</small> 遺伝病	Huyết áp cao <small>こうけつあつ</small> 高血圧	Bệnh tiểu đường <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病	Bệnh ung thư <small>がん</small> がん
Cha <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mẹ <small>はは</small> 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anh em trai <small>きょうだい</small> 兄弟	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chị em gái <small>しまい</small> 姉妹	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chồng <small>おっと</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con <small>こども</small> 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Từ giờ về sau, bạn có thể tự dẫn phiên dịch đến được không? こんご つうやく じぶん つ 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