

Phiếu Chẩn Đoán Ngoại Khoa

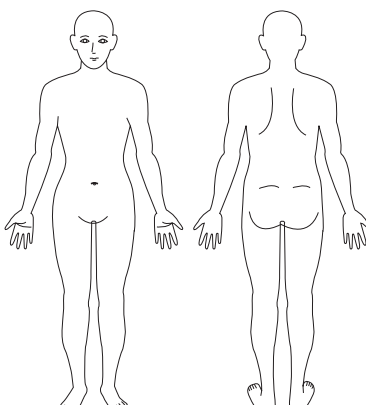
げ か もんしんひょう
外科問診票

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} 年 tháng ^{がつ} 月 ngày ^{にち} 日

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} 年 _____ tháng ^{がつ} 月 _____ ngày ^{にち} 日	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} はい		<input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	
Quốc tịch ^{こくせき} 国籍	Ngôn ngữ ^{ことば} 言葉			

<p>Đã bị triệu chứng gì? どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> Bị sốt(^{ねつ} 熱) ^{あつ} がある <input type="checkbox"/> Đau bụng ^{なか} お腹が ^{いた} 痛い <input type="checkbox"/> Bị thương ^{けが} けが</p> <p><input type="checkbox"/> Bị phỏng ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> Có khối u, bướu ^{しこり} しこり <input type="checkbox"/> Bị tê rần ^{しびれ} しびれ</p> <p><input type="checkbox"/> Bị bong gân(trặc) ^{ひねった} ひねった <input type="checkbox"/> Giảm cân ^{たいじゅうへ} 体重が減っている <input type="checkbox"/> Bị ngứa ^{かゆい} かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> sỏi mật ^{たんせき} 胆石 <input type="checkbox"/> Bị sưng ^は 腫れ <input type="checkbox"/> bệnh trĩ ^じ 痔</p> <p><input type="checkbox"/> Phân có máu ^{けつべん} 血便 <input type="checkbox"/> họng(tuyến giáp trạng) ^{ごの(甲状腺)} のど(甲状腺)</p> <p><input type="checkbox"/> thoát vị(hernia) ^{だつちよう} 脱腸(ヘルニア) <input type="checkbox"/> Ngoài ra ^{その他} その他</p> <p><input type="checkbox"/> cổ ^{くび} 首 <input type="checkbox"/> phổi ^{はい} 肺 <input type="checkbox"/> vú ^{にゅうぼう} 乳房</p> <p><input type="checkbox"/> dạ dày/bao tử ^い 胃 <input type="checkbox"/> rốn ^{へそ} へそ <input type="checkbox"/> ruột ^{ちよう} 腸</p>	<p>Xin khoanh tròn vào nơi đó ^{しょうじょう} 症状のあるところに丸をしてください</p> 
<p>Bị từ khi nào? それはいつからですか</p> <p>_____ Năm ^{ねん} 年 _____ tháng ^{がつ} 月 _____ ngày ^{にち} 日から</p>	
<p>Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> Dược phẩm ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> Thực phẩm ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> Ngoài ra ^{その他} その他 <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ</p>	
<p>Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Có ^{はい} 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 <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ</p>	
<p>Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng là có thai không? ^{にんしん} 妊娠していますか、またその可能性はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい → _____ tháng ^{かげつ} 月 <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ</p>	
<p>Bạn có đang cho con bú không? ^{じゆにゅうちゆう} 授乳中ですか</p> <p><input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ</p>	
<p>Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào không? ^{いま} 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử ^{いちよう} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh gan ^{かんぞう} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh tim ^{しんぞう} 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh thận ^{じんぞう} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh Lao ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường ^{とうにょうびよう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn ^{ぜんそく} ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> Huyết áp cao ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> Bệnh HIV/AIDS ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ ^{ごうじようせん} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> bệnh giang mai ^{はいどく} 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh khác ^{その他} その他</p>	
<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ</p>	
<p>Đã từng phải phẫu thuật bệnh lần nào chưa? ^{しゆじゆつ} 手術を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ</p>	
<p>Đã truyền máu lần nào chưa? ^{ゆけつ} 輸血を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ</p>	
<p>Đã từng gặp vấn đề gì khi gây mê, gây tê chưa? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p> <p><input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ</p>	
<p>Nếu có hồ sơ giới thiệu, xin ghi tiếp các câu dưới ^{しょうかいじゆう} 紹介状のある方だけ書いてください</p>	
<p>Quý vị có đem theo phim chụp Xquang không? ^{レントゲンフィルム} レントゲンフィルムを持っていますか</p> <p><input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ</p>	
<p>Quý vị có đem theo phim chụp nội soi không? ^{ないしきよう} 内視鏡フィルムを持っていますか</p> <p><input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ</p>	

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

〈2/2ページ〉