

# Phiếu Chẩn Đoán Nha Khoa (Răng Hàm)

Tiếng Việt  
ベトナム語

し か もんしんひょう  
歯科問診票

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 じつ 日

Họ và tên 名まえ		<input type="checkbox"/> Nam 男	<input type="checkbox"/> Nữ 女
Ngày sinh 生年月日	_____ Năm 年 _____ tháng 月 _____ ngày 日	Điện thoại 電話	
Địa chỉ 住所			
Có bảo hiểm y tế không? 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 国籍	Ngôn ngữ 言葉		

Đã bị triệu chứng gì? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Đau răng 歯が痛い	<input type="checkbox"/> Chết trám răng bị sút ra 詰め物がとれた	<input type="checkbox"/> Đau nướu răng 歯ぐきが痛い	
<input type="checkbox"/> Muốn chữa răng sâu 虫歯を治してほしい	<input type="checkbox"/> Muốn làm răng giả 入れ歯を作りたい		
<input type="checkbox"/> Răng giả bị hư 入れ歯がこわれた	<input type="checkbox"/> Muốn sửa răng cho đều 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> Khám răng 検診	
<input type="checkbox"/> Lấy bựa răng 歯石・歯こうを取りたい	<input type="checkbox"/> Miệng bị hôi 口臭	<input type="checkbox"/> Ngoài ra その他	
Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Có はい → <input type="checkbox"/> Dược phẩm 薬 <input type="checkbox"/> Thực phẩm 食べ物 <input type="checkbox"/> Ngoài ra その他	<input type="checkbox"/> Không いいえ		
Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Có はい → Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> Không いいえ		
Đã từng gặp vấn đề gì khi gây mê, gây tê chưa? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Có はい	<input type="checkbox"/> Chưa いいえ
Đã có nhổ răng lần nào chưa? 歯を抜いたことがありますか		<input type="checkbox"/> Có はい	<input type="checkbox"/> Chưa いいえ
Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng là có thai không? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Có はい → _____ tháng ヶ月	<input type="checkbox"/> Không いいえ		
Bạn có đang cho con bú không? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> Có はい	<input type="checkbox"/> Không いいえ
Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào không? 今までにか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"/> Bệnh Suyễn ぜんそく
<input type="checkbox"/> Huyết áp cao 高血圧症	<input type="checkbox"/> Bệnh HIV/AIDS エイズ	<input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> bệnh giang mai 梅毒
<input type="checkbox"/> Bệnh khác その他			
Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Có はい	<input type="checkbox"/> Không いいえ
Muốn được điều trị. 治療に対する希望			
<input type="checkbox"/> Muốn được chữa trị tất cả những chỗ bị hư 悪いところは全て治したい			
<input type="checkbox"/> Muốn được chữa răng đang đau mà thôi 今痛い歯だけを治したい			
<input type="checkbox"/> Tự trả hết chi phí trị liệu cũng được (không sử dụng bảo hiểm y tế) 自費診療でもかまわない			
<input type="checkbox"/> Muốn được chữa trị trong phạm vi bảo hiểm y tế 保険の範囲内で治したい			
<input type="checkbox"/> Xin được quyết định sau khi hội ý với bác sĩ 相談して決めたい			
Từ giờ về sau, bạn có thể tự dẫn phiên dịch đến được không? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Có はい	<input type="checkbox"/> Không いいえ		