

Phiếu Chẩn Đoán Ngoại Khoa

け か もんしんひょう
外科問診票

Tiếng Việt
ベトナム語

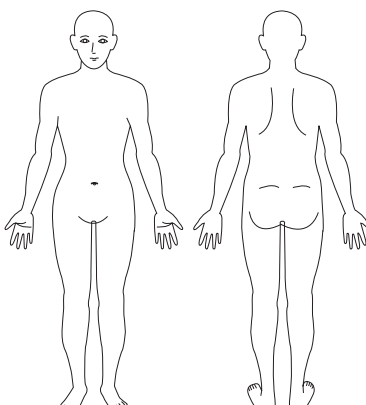
Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng bị bệnh あてはまるものにチェックしてください

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}熱がある</p> <p><input type="checkbox"/> Bị phỏng ^{やけど}やけど</p> <p><input type="checkbox"/> Bị bong gân(trặc) ^{ひねった}ひねった</p> <p><input type="checkbox"/> sỏi mật ^{たんせき}胆石</p> <p><input type="checkbox"/> Phân có máu ^{けつべん}血便</p> <p><input type="checkbox"/> thoát vị(hernia) ^{たっちょう}脱腸(ヘルニア)</p> <p><input type="checkbox"/> cổ ^{くび}首</p> <p><input type="checkbox"/> dạ dày/bao tử ^い胃</p>	<p><input type="checkbox"/> Đau bụng ^{なか}お腹が痛^{いた}い</p> <p><input type="checkbox"/> Có bướu u ^{しこり}しこり</p> <p><input type="checkbox"/> Giảm cân ^{たいじゅう}体重が減^へっている</p> <p><input type="checkbox"/> Bị sưng ^は腫れ</p> <p><input type="checkbox"/> họng(tuyến giáp trạng) ^{のど}(甲状腺)</p> <p><input type="checkbox"/> phổi ^{はい}肺</p> <p><input type="checkbox"/> rốn ^{へそ}へそ</p>	<p><input type="checkbox"/> Bị thương ^{けが}けが</p> <p><input type="checkbox"/> Bị tê rần ^{しびれ}しびれ</p> <p><input type="checkbox"/> Bị ngứa ^{かゆい}かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> bệnh trĩ ^じ痔</p> <p><input type="checkbox"/> họng(tuyến giáp trạng) ^{のど}(甲状腺)</p> <p><input type="checkbox"/> Ngoài ra ^{その他}その他</p> <p><input type="checkbox"/> vú ^{にゅうぼう}乳房</p> <p><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^{まる}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 ^で出ますか</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^{くすり}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^みっていれば見^みせてください <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^かっていますか、またその可能性^{かのうせい}はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Có ^{はい}はい → _____ tháng ^{かげつ}ヶ月 <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^{びようき}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^{びようき}の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh thận ^{じんそう}腎臓^{びようき}の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Huyết áp cao ^{こうけつあつしやう}高血圧症</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh khác ^{その他}その他</p>		<p><input type="checkbox"/> Bệnh gan ^{かんそう}肝臓^{びようき}の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường ^{とうにやうびよう}糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ ^{こうじやうせん}甲状腺^{びようき}の病気</p>	
<p><input type="checkbox"/> Bệnh tim ^{しんそう}心臓^{びようき}の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn ^{ぜんそく}ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> bệnh giang mai ^{はいどく}梅毒</p>			
<p>Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không? ^{げんざい}現在治療^{ちりやう}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^{なに}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 ^{しょうかいじやう}紹介状のある方^{かた}だけ書^かいてください</p>			
<p>Quý vị có đem theo phim chụp Xquang không? ^{レントゲン}レントゲンフィルムを持^もっていますか</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? ^{ないしきやう}内視鏡フィルムを持^もっていますか</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〉