

Phiếu Chẩn Đoán Khoa Da Liễu

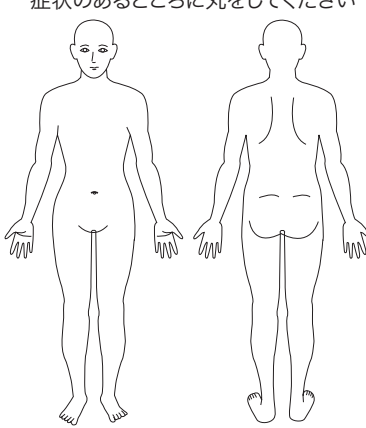
ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

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		

Đã bị triệu chứng gì? どうしましたか <input type="checkbox"/> Bị sốt(^{ねつ} 熱) ^{あつ} がある <input type="checkbox"/> Đau ^{いた} 痛い <input type="checkbox"/> Ngứa ^{かゆい} かゆい <input type="checkbox"/> Phồng ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> Nổi ban ^{ほっしん} 発疹 <input type="checkbox"/> Viêm da (chàm) ^{しっしん} 湿しん <input type="checkbox"/> Bớt (hoặc bầm) ^{あざ} あざ <input type="checkbox"/> Nốt ruồi ^{ほくろ} ほくろ <input type="checkbox"/> Nám ^{しみ} しみ <input type="checkbox"/> Mụn nước ^{みずむし} 水虫 <input type="checkbox"/> Vết thương hở bị mưng mủ ^{じくじく} している <input type="checkbox"/> Ngoài ra ^{その他} その他	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 
Bị từ khi nào? それはいつからですか _____ Năm ^{ねん} 年 _____ tháng ^{がつ} 月 _____ ngày ^{にち} 日から	
Triệu chứng này có thay đổi không? ^{しょうじょうへんか} その症状は変化していますか <input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	
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 <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	
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 <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	
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 <input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい → _____ tháng ^{かげつ} ヶ月 <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	
Bạn có đang cho con bú không? ^{じゆにゅうちゆう} 授乳中ですか <input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	
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 <input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử ^{いちようびょうき} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh gan ^{かんぞうびょうき} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh tim ^{しんぞうびょうき} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh thận ^{じんぞうびょうき} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh Lao ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường ^{とうようびょう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn ^{ぜんそく} ぜんそく <input type="checkbox"/> Huyết áp cao ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> Bệnh AIDS(SIDA) ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ ^{こうじやうせんびょうき} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> bệnh giang mai ^{はいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> Bệnh khác ^{その他} その他	
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 <input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	
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 <input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	
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 <input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} 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 <input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	