

# Phiếu Chẩn Đoán Khoa Sản Phụ

さん ぶ 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 あてはまるものにチェックしてください

Năm ねん

tháng がつ

ngày じち

Họ và tên 名前			<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

Có thai 妊娠  
 Kinh nguyệt không đều 月経の異常  
 Ra huyết trắng おりもの  
 cơn đau ở bụng dưới 下腹部が痛い  
 Ra máu nơi âm hộ 不正性器出血  
 Khối u (polip) ポリープ  
 U xơ buồng trứng 卵巣のう腫瘍  
 Âm hộ bị ngứa 性器のかゆみ  
 U xơ tử cung 子宮筋腫  
 Kiểm tra ung thư がん検診  
 Chứng vô sinh 不妊症  
 Thiếu máu 貧血  
 Ngoài ra その他

Về kinh nguyệt 生理について

Lần đầu tiên có kinh nguyệt vào lúc mấy tuổi? 初めに生理があったのはいつですか \_\_\_\_\_ tuổi 才

Bị tắt kinh vào lúc mấy tuổi? 閉経はいつですか \_\_\_\_\_ tuổi 才

Kinh nguyệt có đều không? 生理は順調ですか  Có đều はい  Không đều いいえ

Chu kỳ kinh nguyệt 周期について  28 ngày 28日型  30 ngày 30日型  \_\_\_\_\_ ngày 日型  Không đều 不順

Số ngày hành kinh 生理の期間について \_\_\_\_\_ ngày 日間

Lượng ra máu 生理の量について  Ra nhiều 多い  Bình thường 普通  Ra ít 少ない

Khi có kinh, có bị đau hay không? 生理痛はありますか  Có はい  Không いいえ

Kỳ kinh nguyệt vừa qua 最終月経は \_\_\_\_\_ tháng 月 \_\_\_\_\_ ngày 日

Kể về những lần có thai 妊娠・分娩について

Có thai 妊娠 \_\_\_\_\_ lần 回  
 Sinh nở 分娩 \_\_\_\_\_ lần 回 →  Sinh nở bình thường 正常分娩 \_\_\_\_\_ lần 回  
 Đã sinh bằng phương pháp phẫu thuật 帝王切開 \_\_\_\_\_ lần 回  Trường hợp khác その他  
 Sảy thai 流産 \_\_\_\_\_ lần 回  Nạo phá thai 妊娠中絶 \_\_\_\_\_ lần 回  
 Có thai ngoài tử cung 子宮外妊娠  Thai trứng 胎状奇胎  Trường hợp khác その他

Quý bà có định đến sinh con ở bệnh viện này không? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか  Có はい  Không いいえ

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

Có はい →  Dược phẩm 薬  Thực phẩm 食べ物  Ngoài ra その他  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

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  Không いいえ

Quý bà đã có kiểm tra bệnh ung thư lần nào chưa? がん検診を受けたことがありますか

Có はい → \_\_\_\_\_ Năm 年 \_\_\_\_\_ tháng 月 \_\_\_\_\_ ngày 日  Chưa いいえ

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 とうようびょう 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>とうようびょう</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>おと</small> 夫	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con <small>こ</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 づうやく しぶん づ 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