

# Phiếu Chẩn Đoán Khoa Nhi

しょうに かもんしんひょう  
小児科問診票

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 <sup>ねん</sup> năm tháng <sup>がつ</sup> tháng ngày <sup>にち</sup> ngày

Họ và tên của bé <sup>こどものなまえ</sup> 子どもの名前		<input type="checkbox"/> Nam <sup>おとこ</sup> 男	<input type="checkbox"/> Nữ <sup>おんな</sup> 女
Ngày sinh <sup>せいねんがらび</sup> 生年月日	Năm <sup>ねん</sup> năm tháng <sup>がつ</sup> tháng ngày <sup>にち</sup> ngày	Tuổi <sup>ねんれい</sup> 年齢	
Địa chỉ <sup>じゅうしょ</sup> 住所		Điện thoại <sup>でんわ</sup> 電話	
Có bảo hiểm y tế không? <sup>けんこうほけんも</sup> 健康保険を持っていますか?		<input type="checkbox"/> Có <sup>はい</sup> はい	<input type="checkbox"/> Không <sup>いいえ</sup> いいえ
Quốc tịch <sup>こくせき</sup> 国籍		Ngôn ngữ <sup>ことば</sup> 言葉	

Đã bị triệu chứng gì? どうしましたか

<input type="checkbox"/> Bị sốt( <sup>ねつ</sup> 熱) <sup>あつ</sup> 熱がある	<input type="checkbox"/> Đau cổ họng <sup>のどがいた</sup> のどが痛い	<input type="checkbox"/> Bị ho <sup>せき</sup> せき	<input type="checkbox"/> Bị động kinh <sup>ひきつけをおこす</sup> ひきつけをおこす
<input type="checkbox"/> Không được khỏe <sup>げんきがな</sup> い 元気がない	<input type="checkbox"/> Khó ở trong mình <sup>きげんがわる</sup> い 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> Phù, phù nề <sup>むくみ</sup> むくみ	<input type="checkbox"/> Đau đầu <sup>あたまがいた</sup> い 頭が痛い
<input type="checkbox"/> Đau bụng <sup>なかいた</sup> い お腹が痛い	<input type="checkbox"/> Đau ngực <sup>むねがいた</sup> い 胸が痛い	<input type="checkbox"/> Nổi ban <sup>ほっしん</sup> 発しん	<input type="checkbox"/> Đau bao tử (dạ dày) <sup>いがいた</sup> い 胃が痛い
<input type="checkbox"/> Ói mửa <sup>おうと</sup> おうと 嘔吐	<input type="checkbox"/> Không muốn ăn <sup>しょくよく</sup> 食欲がない	<input type="checkbox"/> Cảm thấy buồn nôn (Buồn ói) <sup>けつげん</sup> 吐き気	
<input type="checkbox"/> Tăng cân ít <sup>たいじゅうぞうかふりょう</sup> 体重の増加不良	<input type="checkbox"/> Đi tiêu chảy <sup>げり</sup> 下痢	<input type="checkbox"/> Phân có máu <sup>けつべん</sup> 血便	
<input type="checkbox"/> Không chịu uống sữa <sup>ミルクの飲みがわる</sup> い ミルクの飲みが悪い		<input type="checkbox"/> Ngoài ra <sup>その他</sup> その他	

Bị từ khi nào? それはいつからですか

\_\_\_\_\_ Năm <sup>ねん</sup> năm tháng <sup>がつ</sup> tháng ngày <sup>にち</sup> ngày 日から

Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? <sup>くすりたもの</sup> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Có <sup>はい</sup> はい →  Dược phẩm <sup>くすり</sup> 薬  Trứng <sup>たまご</sup> 卵  Sữa <sup>ぎゅうにゅう</sup> 牛乳  Thực phẩm khác <sup>その他の食べ物</sup> その他の食べ物  Ngoài ra <sup>その他</sup> その他  Không <sup>いいえ</sup> いいえ

Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? <sup>げんざいのくすり</sup> 現在飲んでいる薬はありますか

Có <sup>はい</sup> はい → Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. <sup>も</sup> 持っていれば見せてください  Không <sup>いいえ</sup> いいえ

Cháu bé uống được loại (dạng) thuốc nào? <sup>しゅるい</sup> どのような種類の薬が飲めますか

Thuốc nước <sup>シロップ</sup> シロップ  Thuốc bột <sup>こなぐすり</sup> 粉薬  Thuốc viên hoặc viên bọc nhựa <sup>じょうざい</sup> 錠剤またはカプセル

Tình trạng mẹ con khi sinh cháu bé. <sup>しゅさんとき</sup> 出産の時のようす

Trọng lượng em bé lúc mới sinh \_\_\_\_\_ g <sup>あか</sup> 赤ちゃんの体重 <sup>たいじゅう</sup> 母親の年齢

Tuổi của bà mẹ \_\_\_\_\_

Sinh nở bình thường <sup>せいじょうぶんべん</sup> 正常分娩  Phẫu thuật (mổ) dạ con <sup>ていおうせっかい</sup> 帝王切開

Đã chích ngừa các loại thuốc chủng nào ghi ở bên phải. <sup>せっしゅず</sup> 接種済み予防接種

<input type="checkbox"/> vi khuẩn hib <sup>ヒブ</sup> ヒブ	<input type="checkbox"/> Phế cầu khuẩn <sup>はいえんきゅうざん</sup> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> Chủng ngừa bệnh bại liệt trẻ em <sup>ポリオ</sup> ポリオ
<input type="checkbox"/> Chủng ngừa 3 loại phối hợp <sup>さんしゅこんごう</sup> 三種混合		<input type="checkbox"/> Chủng ngừa 4 loại phối hợp <sup>よんしゅこんごう</sup> 四種混合
<input type="checkbox"/> Chủng ngừa BCG BCG		<input type="checkbox"/> Vắc xin MR (hỗn hợp sởi và sởi Đức) <sup>ましんふうこんごう</sup> 麻疹・風しん混合
<input type="checkbox"/> Chủng ngừa bệnh thủy đậu <sup>みずぼうそう</sup> 水ぼうそう		<input type="checkbox"/> Chủng ngừa bệnh quai bị <sup>おたふくかぜ</sup> 風邪
<input type="checkbox"/> Viêm não Nhật Bản <sup>にほんのうえん</sup> 日本脳炎		<input type="checkbox"/> Vi rút Rota <sup>ロタウィルス</sup> ロタウィルス <input type="checkbox"/> Ngoài ra <sup>その他</sup> b-その他

Từ trước đến giờ đã từng mắc bệnh gì? <sup>いま</sup> 今までにかった病気がありますか

<input type="checkbox"/> Bệnh sởi Đức (Rubella) <sup>ふうしん</sup> 風しん	<input type="checkbox"/> Bệnh thủy đậu <sup>みずぼうそう</sup> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> Bệnh sởi <sup>ましん</sup> 麻疹	<input type="checkbox"/> Bệnh suyễn <sup>ぜんそく</sup> ぜんそく
<input type="checkbox"/> Bệnh quai bị <sup>おたふくかぜ</sup> 風邪	<input type="checkbox"/> Bệnh ho gà <sup>ひやくにち</sup> 百日ぜき	<input type="checkbox"/> Viêm ruột thừa <sup>ちゅうすいえん</sup> 虫垂炎	<input type="checkbox"/> Sốt Kawasaki <sup>かわさきびょう</sup> 川崎病
<input type="checkbox"/> Lên ban cấp tính <sup>とつぱんせいぼう</sup> 突発性発しん		<input type="checkbox"/> Viêm não Nhật Bản <sup>にほんのうえん</sup> 日本脳炎	
<input type="checkbox"/> Lên cơn động kinh do bị sốt cao <sup>ねつせい</sup> 熱性けいれん		<input type="checkbox"/> Bệnh khác <sup>その他</sup> その他	

Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không? <sup>げんざい</sup> 現在治療している病気がありますか

Có <sup>はい</sup> はい  Không <sup>いいえ</sup> いいえ

Đã từng phải phẫu thuật bệnh lần nào chưa? <sup>しゅじゅつ</sup> 手術を受けたことがありますか

Có <sup>はい</sup> はい  Chưa <sup>いいえ</sup> いいえ

Đã từng gặp vấn đề gì khi gây mê, gây tê chưa? <sup>ますい</sup> 麻酔をして何かトラブルがありましたか

Có <sup>はい</sup> はい  Chưa <sup>いいえ</sup> いいえ

Từ giờ về sau, bạn có thể tự dẫn phiên dịch đến được không? <sup>こんご</sup> 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Có <sup>はい</sup> はい  Chưa <sup>いいえ</sup> いいえ