

Phiếu Chẩn Đoán Nhãn Khoa

がん か もんしんひょう
眼科問診票

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} どうしましたか | | | |
| <input type="checkbox"/> Mắt phải ^{みぎめ} 右眼 | <input type="checkbox"/> Mắt trái ^{ひだりめ} 左眼 | <input type="checkbox"/> Cả hai mắt ^{りょうめ} 両眼 | <input type="checkbox"/> Chảy nước mắt ^{なみだ} 涙が出る |
| <input type="checkbox"/> Đau ^{いた} 痛い | <input type="checkbox"/> Mắt đỏ ghèn ^め 目やに | <input type="checkbox"/> Mắt mọc mụn ^{はれもの} はれもの | |
| <input type="checkbox"/> Mắt bị cộm (xốn) ^{ゴロゴロする} ゴロゴロする | | <input type="checkbox"/> Thấy không rõ ^{見えにくい} 見えにくい | |
| <input type="checkbox"/> Nhìn thấy 2 hình ^{物が二重に見える} 物が二重に見える | | <input type="checkbox"/> Chói mắt ^{まぶしい} まぶしい | <input type="checkbox"/> Ngoài ra ^た その他 |
| Bị từ khi nào? ^{それはいつからですか} それはいつからですか | | | |
| _____ Năm ^{ねん} 年 _____ tháng ^{がつ} 月 _____ ngày ^{にち} 日から | | | |
| 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 ^た 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 ^{かのうせい} 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? ^{じゅにゅうちゅう} 授乳中ですか | | | <input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ |
| Đã từng gặp vấn đề gì khi gây mê, gây tê chưa? ^{ますい なに} 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"/> Chưa ^{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 ^{びょうき} 病気はありますか | | | |
| <input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử ^{いちょう 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 ^{とうにょうびょう} 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn ^{せんそく} せんそく |
| <input type="checkbox"/> Huyết áp cao ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 | <input type="checkbox"/> Bệnh HIV/AIDS ^{エイズ} エイズ | <input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ ^{こうじょうせん 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 ^た その他 | | | |
| Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không? ^{げんざい ちりやう} 現在治療している ^{びょうき} 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 |
| Trong gia đình có ai bị bệnh về mắt không? ^{かぞく め びょうき ひと} 家族で目の病気の人がありますか | | | |
| <input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい → Ai? ^{だれ} 誰が _____ Bệnh như thế nào? ^{びょうき} それはどんな病気ですか _____ | | | |
| <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 つうやく じぶん} 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 | | | |

