

# Phiếu Chẩn Đoán Khoa Da Liễu

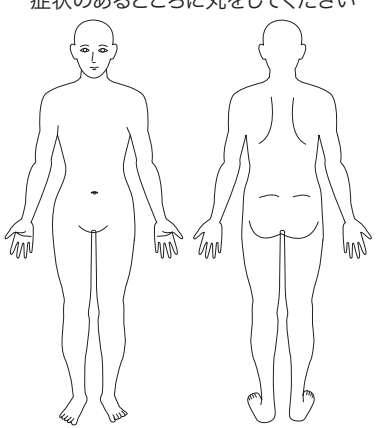
ひふかもんしんひょう  
皮膚科問診票

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 <sup>ねん</sup> 年 tháng <sup>がつ</sup> 月 ngày <sup>にち</sup> 日

Họ và tên <sup>なまえ</sup> 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>せいねんがっぴ</sup> 生年月日	_____ Năm <sup>ねん</sup> 年 _____ tháng <sup>がつ</sup> 月 _____ ngày <sup>にち</sup> 日	Điện thoại <sup>でんわ</sup> 電話		
Địa chỉ <sup>じゅうしょ</sup> 住所				
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? <sup>どうしましたか</sup> どうしましたか <input type="checkbox"/> Bị sốt( <sup>ねつ</sup> 熱) <sup>あつ</sup> がある <input type="checkbox"/> Đau <sup>いた</sup> 痛い <input type="checkbox"/> Ngứa <sup>かゆい</sup> かゆい <input type="checkbox"/> Phồng <sup>やけど</sup> やけど <input type="checkbox"/> Nổi ban <sup>ほっしん</sup> 発疹 <input type="checkbox"/> Viêm da (chàm) <sup>しっしん</sup> 湿しん <input type="checkbox"/> Bớt (hoặc bầm) <sup>あざ</sup> あざ <input type="checkbox"/> Nốt ruồi <sup>ほくろ</sup> ほくろ <input type="checkbox"/> Nám <sup>しみ</sup> しみ <input type="checkbox"/> Nấm da chân <sup>みずむし</sup> 水虫 <input type="checkbox"/> Vết thương hở bị mưng mủ <sup>じくじく</sup> している <input type="checkbox"/> Ngoài ra <sup>その他</sup> その他	Xin khoanh tròn vào nơi đó <sup>しょうじょう</sup> 症状のあるところに丸をしてください 
Bị từ khi nào? <sup>それはいつからですか</sup> それはいつからですか _____ Năm <sup>ねん</sup> 年 _____ tháng <sup>がつ</sup> 月 _____ ngày <sup>にち</sup> 日から	
Triệu chứng này có thay đổi không? <sup>しょうじょうへんか</sup> その症状は変化していますか <input type="checkbox"/> Có <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> Không <sup>いいえ</sup> いいえ	
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 <input type="checkbox"/> Có <sup>はい</sup> はい → <input type="checkbox"/> Dược phẩm <sup>くすり</sup> 薬 <input type="checkbox"/> Thực phẩm <sup>た もの</sup> 食べ物 <input type="checkbox"/> Ngoài ra <sup>た</sup> その他 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Không <sup>いいえ</sup> いいえ	
Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng là có thai không? <sup>にんしん</sup> 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 <sup>はい</sup> はい → _____ tháng <sup>かげつ</sup> ヶ月 <input type="checkbox"/> Không <sup>いいえ</sup> いいえ	
Bạn có đang cho con bú không? <sup>じゆにゅうちゆう</sup> 授乳中ですか <input type="checkbox"/> Có <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> Không <sup>いいえ</sup> いいえ	
Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào không? <sup>いま</sup> 今までにかった病気はありますか <input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử <sup>いちょうびょうき</sup> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh gan <sup>かんぞうびょうき</sup> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh tim <sup>しんぞうびょうき</sup> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh thận <sup>じんぞうびょうき</sup> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh Lao <sup>けっかく</sup> 結核 <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường <sup>とうりょうびょう</sup> 糖尿病 <input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn <sup>ぜんそく</sup> ぜんそく <input type="checkbox"/> Huyết áp cao <sup>こうけつあつしやう</sup> 高血圧症 <input type="checkbox"/> Bệnh AIDS(SIDA) <sup>エイズ</sup> エイズ <input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ <sup>こうじょうせん</sup> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> bệnh giang mai <sup>はいどく</sup> 梅毒 <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はありますか <input type="checkbox"/> Có <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> Không <sup>いいえ</sup> いいえ	
Đã từng phải phẫu thuật bệnh lần nào chưa? <sup>しゆじゆつ</sup> 手術を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> Có <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> Không <sup>いいえ</sup> いいえ	
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 <input type="checkbox"/> Có <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> Không <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 <input type="checkbox"/> Có <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> Không <sup>いいえ</sup> いいえ	