

Phiếu Chẩn Đoán Khoa Thần Kinh Ngoại

のうしんけいげ かもんしんひょう
脳神経外科問診票

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} 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

Nhức đầu ^{あたま} 頭が痛い Chóng mặt ^{めまい} めまい Muốn ói ^{はきけ} 吐き気 Bị ói mửa ^{おうと} 嘔吐

ù tai ^{みみ} 耳鳴り Nhức vai ^{かた} 肩こり Cơ thể bị tê rần ^{しびれ} しびれ Tay chân bị run rẩy ^{てあし} 手足のふるえ

Bị bất tỉnh ^{いしき} 意識がなくなる Nghe không rõ ^{きこえ} 聞こえにくい

Mắt nhìn không thấy rõ ^{もの} 物が見えにくい Khó di chuyển ^{あそ} 歩きにくい

Tay chân hoạt động không tự nhiên ^{てあし} 手足の動きが悪い Triệu chứng khác ^{その他} 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

Có bị đập vào đầu không? ^{あたま} 頭をぶつけましたか

Có ^{はい} はい → _____ Năm ^{ねん} 年 _____ tháng ^{がつ} 月 _____ ngày ^{にち} 日から Không ^{いいえ} いいえ

Đầu bị va vào đâu? ^{あたま} 頭のどこをぶつけましたか Phía trước ^{ぜんとうぶ} 前頭部 Phía sau ^{こうとうぶ} 後頭部 Bên phải ^{みぎよこ} 右横 Bên trái ^{ひだりよこ} 左横

Bị tai nạn giao thông, phải không? ^{こうつうじこ} 交通事故ですか Phải ^{はい} はい Không phải ^{いいえ} いいえ

Nếu bị đau đầu, xin trả lời các câu sau ^{あたま} 頭が痛い方への質問です

Đầu bị đau chỗ nào? ^{あたま} 頭のどこが痛みますか

Phía trước ^{ぜんとうぶ} 前頭部 Phía sau ^{こうとうぶ} 後頭部 Bên phải ^{みぎよこ} 右横 Bên trái ^{ひだりよこ} 左横 Đau toàn đầu ^{あたまぜんたい} 頭全体

Đầu bị đau như thế nào? ^{あたま} 頭はどのように痛みますか

Đau giựt giựt ^{ズキンズキン} ズキンズキン Đau dữ dội ^{ガンガン} ガンガン Đau như búa bổ ^{ガンと割れるように} ガンと割れるように

Đau gay gắt ^{キリキリ} キリキリ Nhưng nhức ^{チクチク} チクチク Tình trạng khác ^{その他} その他

Lúc nào đau nhất? ^{いちばんいた} いつが一番痛いですか

Sáng ^{あさ} 朝 Trưa ^{ひる} 昼 Chiều ^{よる} 夜 Đau cả ngày ^{いちにちじゅう} 一日中

Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? ^{くすり た の もの で} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Có ^{はい} はい → Dược phẩm ^{くすり} 薬 Thực phẩm ^{た の もの} 食べ物 Ngoài ra ^た その他 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

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 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

Có ^{はい} はい → _____ tháng ^{かげつ} ヶ月 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 Có ^{はい} はい Không ^{いいえ} いいえ



Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào không? <small>いまま びょうき</small> 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 <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh gan <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh tim <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> Bệnh thận <small>じんぞう びょうき</small> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh Lao <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường <small>とうようびょう</small> 糖尿病
<input type="checkbox"/> Huyết áp cao <small>こうけつあつしょう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> Bệnh HIV/AIDS <small>エイズ</small> エイズ	<input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ <small>こうじょうせん びょうき</small> 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> Bệnh khác <small>た</small> その他	<input type="checkbox"/> Bệnh giang mai <small>はいどく</small> 梅毒	
Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không? <small>げんざい ちりょう びょうき</small> 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Có <small>はい</small> はい
<input type="checkbox"/> Không <small>いいえ</small> ない		<input type="checkbox"/> Không <small>いいえ</small> いいえ
Có uống rượu không? <small>さけの</small> お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Uống <small>はい</small> はい → _____ ml/1 ngày ml/日	<input type="checkbox"/> Không uống <small>いいえ</small> いいえ
Có hút thuốc lá không? <small>たばこの</small> たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Hút <small>はい</small> はい → _____ điếu/1 ngày 本/日	<input type="checkbox"/> Không hút <small>いいえ</small> いいえ
Đã từng phải phẫu thuật bệnh lần nào chưa? <small>しゅじゅつ</small> 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có <small>はい</small> はい	
<input type="checkbox"/> Không <small>いいえ</small> ない	<input type="checkbox"/> Không <small>いいえ</small> いいえ	
Đã từng gặp vấn đề gì khi gây mê, gây tê chưa? <small>ますい なに</small> 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Có <small>はい</small> はい	
<input type="checkbox"/> Không <small>いいえ</small> ない	<input type="checkbox"/> Không <small>いいえ</small> いいえ	
Từ giờ về sau, bạn có thể tự dẫn phiên dịch đến được không? <small>こんご つうやく じぶん</small> 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 <small>はい</small> はい		
<input type="checkbox"/> Không <small>いいえ</small> いいえ		

<2/2ページ>