

Phiếu Chẩn Đoán Khoa Chấn thương Chỉnh hình

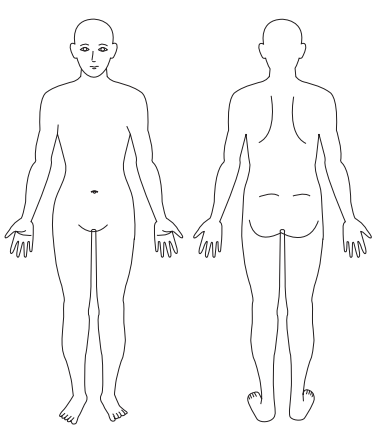
せいけいげ かもんしんひょう
整形外科問診票

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"/> Bị sốt(^{ねつ} 熱) ^{あつ} 熱がある <input type="checkbox"/> Bị thương ^{けが} けが <input type="checkbox"/> Có khối u, bướu ^{しこり} しこり <input type="checkbox"/> Bị ngứa ^{かゆい} かゆい <input type="checkbox"/> Bị bong gân (trặc) ^{ひねった} ひねった <input type="checkbox"/> Ngoài ra ^{その他} その他 <input type="checkbox"/> Bị đau ^{いた} 痛み <input type="checkbox"/> Bị phỏng ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> Bị sưng ^{はれもの} はれもの <input type="checkbox"/> Bị tê rần ^{しびれ} しびれ <input type="checkbox"/> Giảm cân ^{たいじゅうへ} 体重が減っている	Xin khoanh tròn vào nơi đó ^{しょうじょう} 症状のあるところに丸をしてください 
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 の 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 の もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> Ngoài ra ^{その他} 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} 現在の薬はありますか <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、またその可能性はありますか <input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい → _____ tháng ^{かげつ} 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	
Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào không? ^{いま} 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 ^{いちょう} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh gan ^{かんぞう} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh tim ^{しんぞう} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh thận ^{じんぞう} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Bệnh Lao ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường ^{とうじょうびょう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn ^{ぜんそく} ぜんそく <input type="checkbox"/> Huyết áp cao ^{こうけつあつしょう} 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} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> bệnh giang mai ^{はいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> Bệnh khác ^{その他} その他	
Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không? ^{げんざい} 現在治療している病気はありますか <input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	
Đã từng phải phẫu thuật bệnh lần nào chưa? ^{しゅじゅつ} 手術を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	
Đã truyền máu lần nào chưa? ^{ゆけつ} 輸血を受けたことがありますか <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} 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"/> Không ^{いいえ} いいえ	
Từ giờ về sau, bạn có thể tự dẫn phiên dịch đến được không? ^{こんご} 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	