

# Phiếu Chẩn Đoán Nội Khoa

ない かもんしんひょう  
内科問診票

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? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Bị sốt( <sup>ねつ</sup> độ) 熱がある	<input type="checkbox"/> Đau cổ <sup>いた</sup> のどが痛い	<input type="checkbox"/> Bị ho <sup>せき</sup> せき	<input type="checkbox"/> Nhức đầu <sup>あたま</sup> 頭が痛い
<input type="checkbox"/> Đau ngực <sup>むね</sup> 胸が痛い	<input type="checkbox"/> Nổi ban <sup>ほっ</sup> 発疹	<input type="checkbox"/> Hồi hộp <sup>どうき</sup> 動悸	<input type="checkbox"/> Hơi thở bị ngắt <sup>いきぎ</sup> 息切れ
<input type="checkbox"/> Bị phù <sup>むくみ</sup> むくみ	<input type="checkbox"/> Chóng mặt <sup>めまい</sup> めまい	<input type="checkbox"/> Khó thở <sup>むね</sup> 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> Đau bụng <sup>なか</sup> お腹が痛い
<input type="checkbox"/> Đau bao tử (dạ dày) <sup>い</sup> 胃が痛い	<input type="checkbox"/> Huyết áp cao <sup>ごうけつあつ</sup> 高血圧	<input type="checkbox"/> Bị tê rần <sup>しびれ</sup> しびれ	<input type="checkbox"/> Khô miệng <sup>くち</sup> 口が渇く
<input type="checkbox"/> Giảm cân <sup>たいしゆう</sup> 体重が減っている	<input type="checkbox"/> Chướng bụng <sup>なか</sup> お腹が張る	<input type="checkbox"/> Không muốn ăn <sup>しょくよく</sup> 食欲がない	
<input type="checkbox"/> Ói mửa <sup>おうと</sup> 嘔吐	<input type="checkbox"/> Cảm thấy buồn nôn (Buồn ói) <sup>は</sup> 吐き気	<input type="checkbox"/> 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"/> Mỏi mệt <sup>だるい</sup> だるい	<input type="checkbox"/> Dễ mệt <sup>つか</sup> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> Triệu chứng khác <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> 年 _____ tháng <sup>がつ</sup> 月 _____ ngày <sup>にち</sup> 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			
<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>その他</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</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</sup> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh gan <sup>かんぞう</sup> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh tim <sup>しんぞう</sup> 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> Bệnh thận <sup>じんぞう</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>とうりょうびよう</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>ごうけつあつしょう</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 truyền máu lần nào chưa? <sup>ゆけつ</sup> 輸血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			
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			