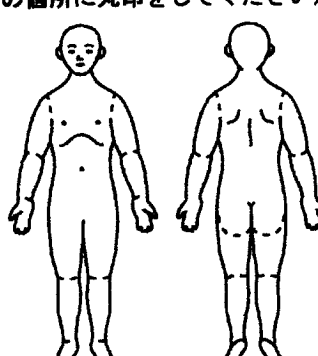


Phiếu Chẩn Đoán Ngoại Khoa

外科問診票

Năm / 年 tháng / 月 ngày / 日

Họ và tên 名前	<input type="checkbox"/> Nam 男 <input type="checkbox"/> Nữ 女	Tuổi 年齢
Địa chỉ 住所	Điện thoại 電話	
Có bảo hiểm y - tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không 健康保険を持っていますか <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	はい いいえ	Quốc tịch 国籍 言語

<p>Chỗ nào trong cơ thể bị đau vậy? どこが悪いのですか (Xin khoanh tròn vào nơi đó) (その箇所)に丸印をしてください)</p> 	<p>(Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng bị bệnh) 該当するものにチェックしてください</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bị sốt (熱) (°C)</td> <td><input type="checkbox"/> Bị đau (痛い)</td> <td><input type="checkbox"/> Bị thương (けが)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bị phỏng (やけど)</td> <td><input type="checkbox"/> Mọc mụn nhọt (おでき)</td> <td><input type="checkbox"/> Có bướu u (しこり)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bị sưng (腫れ)</td> <td><input type="checkbox"/> Bị tê rần (しびれ)</td> <td><input type="checkbox"/> Bị ngứa (かゆい)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bị bong gân (trặc) (ひねった)</td> <td><input type="checkbox"/> Giảm cân (体重減少)</td> <td><input type="checkbox"/> Ngoài ra (その他)</td> </tr> </table> <p>Bị từ khi nào? いつからですか Năm / 年 tháng / 月 ngày / 日</p>	<input type="checkbox"/> Bị sốt (熱) (°C)	<input type="checkbox"/> Bị đau (痛い)	<input type="checkbox"/> Bị thương (けが)	<input type="checkbox"/> Bị phỏng (やけど)	<input type="checkbox"/> Mọc mụn nhọt (おでき)	<input type="checkbox"/> Có bướu u (しこり)	<input type="checkbox"/> Bị sưng (腫れ)	<input type="checkbox"/> Bị tê rần (しびれ)	<input type="checkbox"/> Bị ngứa (かゆい)	<input type="checkbox"/> Bị bong gân (trặc) (ひねった)	<input type="checkbox"/> Giảm cân (体重減少)	<input type="checkbox"/> Ngoài ra (その他)
<input type="checkbox"/> Bị sốt (熱) (°C)	<input type="checkbox"/> Bị đau (痛い)	<input type="checkbox"/> Bị thương (けが)											
<input type="checkbox"/> Bị phỏng (やけど)	<input type="checkbox"/> Mọc mụn nhọt (おでき)	<input type="checkbox"/> Có bướu u (しこり)											
<input type="checkbox"/> Bị sưng (腫れ)	<input type="checkbox"/> Bị tê rần (しびれ)	<input type="checkbox"/> Bị ngứa (かゆい)											
<input type="checkbox"/> Bị bong gân (trặc) (ひねった)	<input type="checkbox"/> Giảm cân (体重減少)	<input type="checkbox"/> Ngoài ra (その他)											

<p>Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? 薬や食べ物でアレルギーを生じたことがありますか</p>	<p><input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Dược phẩm (薬) <input type="checkbox"/> Thực phẩm (食べ物) <input type="checkbox"/> Ngoài ra (その他)</p> <p><input type="checkbox"/> Không 無</p>
--	--

<p>Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? 現在、毎日飲んでいる薬はありますか</p>	<p><input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. (今持っていれば、見せてください)</p> <p><input type="checkbox"/> Không 無</p>
---	--

<p>Câu hỏi dành riêng cho quý bà. Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng là có thai không? <input type="checkbox"/> Không いいえ <input type="checkbox"/> Có はい → _____ 月 _____ 日</p>	<p>女性の方への質問です。 妊娠していますか また その可能性はありますか</p>
--	--

<p>Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào ghi ở bên phải không? 過去にどのような病気をしましたか</p>	<p><input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử (胃腸疾患)</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh tim (心臓疾患)</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh Lao (結核)</p>	<p><input type="checkbox"/> Bệnh gan (肝臓疾患)</p> <p><input type="checkbox"/> Huyết áp cao (高血圧症)</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ (甲状腺)</p>	<p><input type="checkbox"/> Bệnh thận (腎臓疾患)</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn (喘息)</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh khác (その他)</p>
---	--	--	--

<p>Có bị gây mê (hoặc chích thuốc tê) lần nào chưa? 麻酔をしたことがありますか</p>	<p><input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Chưa いいえ</p>
---	---

<p>Đã có bị mổ (giải phẫu) lần nào chưa? 手術を受けたことがありますか</p>	<p><input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Chưa いいえ</p>
---	---

<p>Có bị truyền máu lần nào chưa? 輸血を受けたことがありますか</p>	<p><input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Chưa いいえ</p>
--	---

Nếu có hồ sơ giới thiệu, xin ghi tiếp các câu dưới
紹介状のある方だけお書きください

* Quý vị có đem theo phim chụp quang tuyến X không? 借用のレントゲンフィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ
* Quý vị có đem theo phim chụp qua kính nội soi không? 借用の内視鏡フィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ

Quý bà có định đến sanh con ở bệnh viện này không? 妊娠の方は当院でのお産を希望しますか	<input type="checkbox"/> Có はい	<input type="checkbox"/> Không いいえ				
Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có 有 →	<input type="checkbox"/> Dược phẩm 薬 <input type="checkbox"/> Thực phẩm 食物 <input type="checkbox"/> Ngoài ra 其他				
Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? 現在毎日飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Không 無	<input type="checkbox"/> Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. 今持っていれば、見せてください				
Quý bà đã có kiểm tra bệnh ung thư lần nào chưa? がん検診を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có はい →	<input type="checkbox"/> Chưa いいえ Năm/年 tháng/月 ngày/日				
Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào ghi ở bên phải không? 過去にどのような病気をしましたか	<input type="checkbox"/> Bệnh Lao 結核 <input type="checkbox"/> Bệnh gan 肝臓病 <input type="checkbox"/> Bệnh tim 心臓病	<input type="checkbox"/> Bệnh hoa liễu 性病 <input type="checkbox"/> Huyết áp cao 高血圧 <input type="checkbox"/> Bệnh AIDS (SIDA) AIDS	<input type="checkbox"/> Viêm ruột thừa 虫垂炎 <input type="checkbox"/> Bệnh thận 腎臓病 <input type="checkbox"/> Bệnh thấp khớp リウマチ			
Đã có bị mổ (giải phẫu) lần nào chưa? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có はい →	<input type="checkbox"/> Chưa いいえ Năm/年 tháng/月 ngày/日				
Có bị truyền máu lần nào chưa? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có はい	<input type="checkbox"/> Chưa いいえ				
Bệnh sử của gia đình: 家族の病歴	Xin ghi số tuổi của những người trong gia đình, và đánh dấu (V) vào các ô thích hợp. 家族の年齢を記入し、該当する欄に (V) 印をつけてください。					
	(Tuổi) 年齢	<input type="checkbox"/> Khỏe mạnh/健康 <input type="checkbox"/> Không khỏe mạnh/ 健康ではない	Bệnh di truyền 遺伝病	Huyết áp cao 高血圧	Bệnh tiểu đường 糖尿病	Bệnh ung thư がん
Cha 父	()	<input type="checkbox"/> Khỏe mạnh <input type="checkbox"/> Không khỏe				
Mẹ 母	()	<input type="checkbox"/> Khỏe mạnh <input type="checkbox"/> Không khỏe				
Anh em trai 兄弟	()	<input type="checkbox"/> Khỏe mạnh <input type="checkbox"/> Không khỏe				
Chị em gái 姉妹	()	<input type="checkbox"/> Khỏe mạnh <input type="checkbox"/> Không khỏe				
Chồng 夫	()	<input type="checkbox"/> Khỏe mạnh <input type="checkbox"/> Không khỏe				
Con 子供	()	<input type="checkbox"/> Khỏe mạnh <input type="checkbox"/> Không khỏe				

Phiếu Chẩn Đoán Nha Khoa (Răng Hàm)

歯科問診票

Năm / 年 tháng / 月 ngày / 日

Họ và tên 名前	<input type="checkbox"/> Nam 男 <input type="checkbox"/> Nữ 女	Tuổi 年齢
Địa chỉ 住所	Điện thoại 電話	
Có bảo hiểm y - tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	Quốc tịch 国籍 Ngôn ngữ 言語
Bị đau như thế nào? どうされましたか (Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng) 該当するものをチェックしてください	<input type="checkbox"/> Đau răng 歯が痛い <input type="checkbox"/> Chặt trám răng bị sút ra 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> Đau nướu răng 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> Muốn chữa răng sâu 虫歯の治療ヲして欲しい <input type="checkbox"/> Muốn làm răng giả 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> Miệng bị hôi 口臭 <input type="checkbox"/> Lấy bựa răng 歯石除去 <input type="checkbox"/> Răng giả bị hư 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> Muốn sửa răng cho đều 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> Khám răng 検診 <input type="checkbox"/> Ngoài ra その他	
Đã có lần bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? 薬や食べ物でアレルギーを生じたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Dược phẩm 薬 <input type="checkbox"/> Thực phẩm 食べ物 <input type="checkbox"/> Ngoài ra その他 <input type="checkbox"/> Không 無	
Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? 現在、毎日飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. 今持っていれば、見せてください <input type="checkbox"/> Không 無	
Có bị gây mê (hoặc chích thuốc tê) lần nào chưa? 麻酔をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Chưa いいえ	
Đã có nhổ răng lần nào chưa? 歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Chưa いいえ	
Câu hỏi dành riêng cho quý bà. Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng có thai không? <input type="checkbox"/> Không いいえ <input type="checkbox"/> Có はい → _____ カ月 tháng	女性の方への質問です。 妊娠していますか また その可能性はありますか	
Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào ghi ở bên phải không? 過去にどのような病気をしましたか	<input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> Bệnh về hệ hô hấp 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> Bệnh tim 心臓疾患 <input type="checkbox"/> Bệnh AIDS (SIDA) エイズ <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường 糖尿病 <input type="checkbox"/> Bệnh giang mai 梅毒 <input type="checkbox"/> Bệnh khác その他 <input type="checkbox"/> Bệnh huyết áp cao 高血圧症	
Những bệnh đó đã chữa hết chưa? その病気は治りましたか	<input type="checkbox"/> Vâng, đã chữa khỏi はい <input type="checkbox"/> Chưa いいえ	
Muốn được điều trị. 治療に対する希望	<input type="checkbox"/> Muốn được chữa trị tất cả những chỗ bị hư 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> Muốn được chữa răng đang đau mà thôi 今痛んでいる歯だけ治したい <input type="checkbox"/> Tự trả hết chi phí trị liệu cũng được (không sử dụng bảo hiểm y-tế) 自費治療でもかまわない <input type="checkbox"/> Muốn được chữa trị trong phạm vi bảo hiểm y- tế 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> Xin được quyết định sau khi hội ý với bác sĩ 相談の上、決めたい	

Phiếu Chẩn Đoán Khoa Tai-Mũi-Họng
耳鼻咽喉科問診票

Năm / 年 tháng / 月 ngày / 日

Họ và tên 名前	<input type="checkbox"/> Nam 男 <input type="checkbox"/> Nữ 女	Tuổi 年齢
Địa chỉ 住所	Điện thoại 電話	
Có bảo hiểm y - tế không? 健康保険を持っていますか	<input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ	Quốc tịch 国籍 Ngôn ngữ 言語

Bệnh trạng như thế nào? どうされましたか (Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng bị bệnh) 該当するものをチェック してください	<input type="checkbox"/> Bị sốt 熱がある	<input type="checkbox"/> Đau đầu 頭が痛い	<input type="checkbox"/> Nặng đầu 頭が重い
	Triều chứng ở tai: 耳の症状 (<input type="checkbox"/> Tai phải / <input type="checkbox"/> Tai trái / <input type="checkbox"/> Cả hai bên)		
	<input type="checkbox"/> Tai bị đau 耳が痛い	<input type="checkbox"/> Tai chảy mủ 耳だれ	<input type="checkbox"/> Bị ò tai 耳なり
	<input type="checkbox"/> Nghe không rõ 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> Cảm giác tai bị bịt kín 耳がふさがった感じ	<input type="checkbox"/> Ráy tai 耳あか
	<input type="checkbox"/> Nghe không rõ 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> Cảm giác tai bị bịt kín 耳がふさがった感じ	<input type="checkbox"/> Chóng mặt めまい
Triều chứng ở mũi: 鼻の症状			
<input type="checkbox"/> Nghẹt mũi 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> Chảy nước mũi 鼻がでる	<input type="checkbox"/> Nhảy mũi くしゃみ	
<input type="checkbox"/> Ngáy to いびき	<input type="checkbox"/> Không ngửi thấy mùi においがわからない	<input type="checkbox"/> Chảy máu cam 鼻血	
Triều chứng ở cổ họng: のどの症状			
<input type="checkbox"/> Đau lưỡi 舌が痛い	<input type="checkbox"/> Đau cổ họng のどが痛い	<input type="checkbox"/> Có cảm giác cổ họng bị vướng のどに何かある感じ	
<input type="checkbox"/> Khó nuốt 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> Khan tiếng 声がかれる	<input type="checkbox"/> Bị ho せき	
<input type="checkbox"/> Mặt, cổ bị sưng / 顔・頸部のはれ	<input type="checkbox"/> Ngoài ra / その他	<input type="checkbox"/> Có đờm たん	

Bị từ khi nào? いつごろからですか	Năm / 年 tháng / 月 ngày / 日
-----------------------------	----------------------------------

Đã có lần bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? 薬や食べ物でアレルギーを生じたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Dược phẩm 薬 <input type="checkbox"/> Thực phẩm 食べ物 <input type="checkbox"/> Ngoài ra その他 <input type="checkbox"/> Không 無
---	---

Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? 現在、毎日飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. 今持っていれば、見せてください <input type="checkbox"/> Không 無
--	---

Câu hỏi dành riêng cho quý bà. 女性の方への質問です。 Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng có thai không? 妊娠していますか また その可能性はありますか	<input type="checkbox"/> Không いいえ <input type="checkbox"/> Có はい → カ月 月 tháng 月
---	--

Có uống rượu không? お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Uống (飲む) / 1 ngày / 日	<input type="checkbox"/> Không uống 飲まない
------------------------------	---	--

Có hút thuốc lá không? 煙草を吸いますか	<input type="checkbox"/> Hút (吸う) / 1 ngày / 日	<input type="checkbox"/> Không hút 吸わない
---------------------------------	--	---

Cho đến nay đã có lần phải nhập viện, hoặc bị mổ không? 今までに入院、手術したことがありますか	<input type="checkbox"/> Có はい	<input type="checkbox"/> Không いいえ
---	--------------------------------	------------------------------------

Phiếu Chẩn Đoán Khoa Thiếu Nhi

小児科問診票

Năm / 年 tháng / 月 ngày / 日

Họ và tên đứa bé 子供の名前	<input type="checkbox"/> Nam 男 <input type="checkbox"/> Nữ 女	Ngày sinh 生年月日
Địa chỉ 住所		Điện thoại 電話
Có bảo hiểm y - tế không? 健康保険を持っていますか	<input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ	Quốc tịch 国籍
		Ngôn ngữ 言語

Bệnh trạng như thế nào?
どうされましたか
(Hãy đánh dấu vào nơi có
triệu chứng bị bệnh)
該当するものをチェック
してください

Bị động kinh ひきつけをおこす
 Đi tiêu chảy 下痢
 Không chịu uống sữa ミルクの飲みが悪い

Khó ở trong mình 機嫌が悪い
 Trọng lượng tăng ít 体重増加不良
 Bị sốt (độ) 発熱 ℃

Không được khỏe 元気がない
 Muốn ói 吐き気がする
 Ngoài ra その他

Trong quá khứ đã có mắc
chứng bệnh nào ghi ở
bên phải không?
過去にどのような病気を
しましたか

Nổi ban 風疹
 Bệnh ho gà 百日咳
 Lên cơn động kinh do bị sốt cao 熱性痙攣
 Bệnh suyễn 喘息

Bệnh trái rạ 水痘
 Lên ban cấp tính 突発性発疹
 Viêm ruột thừa 虫垂炎

Bệnh quai bị おたふく風邪
 Viêm não Nhật Bản 日本脳炎
 Bệnh khác その他

Bệnh sởi 麻疹
 Sốt Kawasaki 川崎熱

Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm
(thuốc) hoặc do thực phẩm không?
薬や食べ物でアレルギー
を生じたことがありますか

Có はい
 Không いいえ

→ Dược phẩm 薬
 Trứng 卵
 Sữa 牛乳
 Những thực phẩm khác その他の食べ物
 Ngoài ra その他

Đã chích ngừa các
loại thuốc chủng nào
ghi ở bên phải.
接種済み予防注射

Thử phản ứng bệnh lao ツベルクリン反応
 Chủng ngừa bệnh sởi 麻疹
 Chủng ngừa bệnh quai bị おたふく風邪

Chủng ngừa BCG BCG
 Chủng ngừa ban đỏ 風疹
 Chủng ngừa bệnh trái rạ 水痘

Chủng ngừa bệnh bại liệt trẻ em ポリオ
 Ba loại thuốc chủng hỗn hợp 三種混合

Tình trạng mẹ con
khi sinh cháu bé.
出産の状態はどんな
でしたか

Trọng lượng em bé lúc mới sanh (g)
赤ちゃんの体重

Tuổi của bà mẹ ()
母親の年齢

Sinh nở bình thường 正常分娩
 Sinh nở không bình thường 異常分娩
 Phẫu thuật (mổ) dạ con 帝王切開

Cháu bé uống được loại
(dạng) thuốc nào?
どんな種類の薬がのめますか

Thuốc nư ớc 水薬
 Thuốc bột 粉薬
 Thuốc viên hoặc viên bọc nhựa 錠剤またはカプセル

Hiện nay có phải uống
thuốc hằng ngày không?
現在毎日飲んでいる薬はありますか

Có はい
 Không いいえ

→ Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem.
今持っていれば、見せてください

Đã có nhập viện lần nào chưa?
入院をしたことがありますか

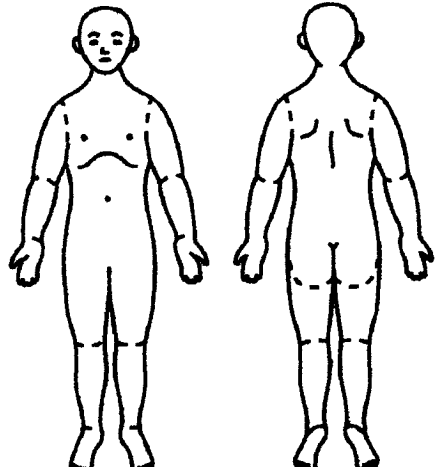
Có はい
 Chưa いいえ

Phiếu Chẩn Đoán Khoa Chính Hình Ngoại

整形外科問診票

Năm / 年 tháng / 月 ngày / 日

Họ và tên 名前	<input type="checkbox"/> Nam 男 <input type="checkbox"/> Nữ 女	Tuổi 年齢
Địa chỉ 住所	Điện thoại 電話	
Có bảo hiểm y - tế không? <input type="checkbox"/> Có はい 健康保険を持っていますか <input type="checkbox"/> Không いいえ	Quốc tịch 国籍	Ngôn ngữ 言語

<p>Chỗ nào trong cơ thể bị đau vậy? どこが悪いのですか (Xin khoanh tròn vào nơi đó) (その箇所に丸印をしてください)</p> 	<p>(Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng bị bệnh) 該当するものにチェックしてください</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bị sốt (熱) (°C)</td> <td><input type="checkbox"/> Bị đau (痛い)</td> <td><input type="checkbox"/> Bị thương (けが)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bị phỏng (やけど)</td> <td><input type="checkbox"/> Mọc mụn nhọt (おでき)</td> <td><input type="checkbox"/> Có bướu u (しこり)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bị sưng (腫れ)</td> <td><input type="checkbox"/> Bị tê rần (しびれ)</td> <td><input type="checkbox"/> Bị ngứa (かゆい)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bị bong gân (trặc) (ひねった)</td> <td><input type="checkbox"/> Giảm cân (体重減少)</td> <td><input type="checkbox"/> Ngoài ra (その他)</td> </tr> </table> <p>Bị từ khi nào? いつからですか</p> <p style="text-align: right;">_____/_____/_____ Năm / 年 tháng / 月 ngày / 日</p>	<input type="checkbox"/> Bị sốt (熱) (°C)	<input type="checkbox"/> Bị đau (痛い)	<input type="checkbox"/> Bị thương (けが)	<input type="checkbox"/> Bị phỏng (やけど)	<input type="checkbox"/> Mọc mụn nhọt (おでき)	<input type="checkbox"/> Có bướu u (しこり)	<input type="checkbox"/> Bị sưng (腫れ)	<input type="checkbox"/> Bị tê rần (しびれ)	<input type="checkbox"/> Bị ngứa (かゆい)	<input type="checkbox"/> Bị bong gân (trặc) (ひねった)	<input type="checkbox"/> Giảm cân (体重減少)	<input type="checkbox"/> Ngoài ra (その他)
<input type="checkbox"/> Bị sốt (熱) (°C)	<input type="checkbox"/> Bị đau (痛い)	<input type="checkbox"/> Bị thương (けが)											
<input type="checkbox"/> Bị phỏng (やけど)	<input type="checkbox"/> Mọc mụn nhọt (おでき)	<input type="checkbox"/> Có bướu u (しこり)											
<input type="checkbox"/> Bị sưng (腫れ)	<input type="checkbox"/> Bị tê rần (しびれ)	<input type="checkbox"/> Bị ngứa (かゆい)											
<input type="checkbox"/> Bị bong gân (trặc) (ひねった)	<input type="checkbox"/> Giảm cân (体重減少)	<input type="checkbox"/> Ngoài ra (その他)											

<p>Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? 薬や食べ物でアレルギーを生じたことがありますか</p>	<p><input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Dược phẩm 薬 <input type="checkbox"/> Thực phẩm 食べ物 <input type="checkbox"/> Ngoài ra 其他</p> <p><input type="checkbox"/> Không 無</p>
--	---

<p>Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? 現在、毎日飲んでる薬はありますか</p>	<p><input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. 今持っていれば、見せてください</p> <p><input type="checkbox"/> Không 無</p>
--	--

Câu hỏi dành riêng cho quý bà. 女性の方への質問です。
Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng là có thai không? 妊娠していますか また その可能性はありますか
 Không いいえ Có はい → _____ 月 _____ 日

Lần hết kinh gần đây nhất là _____ tháng / 月 _____ ngày / 日

<p>Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào ghi ở bên phải không? 過去にどのような病気をしましたか</p>	<input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử 胃腸疾患	<input type="checkbox"/> Bệnh gan 肝臓疾患	<input type="checkbox"/> Bệnh thận 腎臓疾患
	<input type="checkbox"/> Bệnh tim 心臓疾患	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường 糖尿病	<input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn 喘息
	<input type="checkbox"/> Bệnh Lao 結核	<input type="checkbox"/> Bệnh AIDS (SIDA) エイズ	<input type="checkbox"/> Bệnh khác 其他
	<input type="checkbox"/> Huyết áp cao 高血圧症	<input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ 甲状腺	

<p>Có bị gây mê (hoặc chích thuốc tê) lần nào chưa? 麻酔をしたことがありますか</p>	<input type="checkbox"/> Có はい	<input type="checkbox"/> Chưa いいえ
---	--------------------------------	-----------------------------------

<p>Đã có bị mổ (giải phẫu) lần nào chưa? 手術を受けたことがありますか</p>	<input type="checkbox"/> Có はい	<input type="checkbox"/> Chưa いいえ
---	--------------------------------	-----------------------------------

<p>Có bị truyền máu lần nào chưa? 輸血を受けたことがありますか</p>	<input type="checkbox"/> Có はい	<input type="checkbox"/> Chưa いいえ
--	--------------------------------	-----------------------------------

Phiếu Chẩn Đoán Nội Khoa
内科問診票

Năm / 年 tháng / 月 ngày / 日

Họ và tên 名前	<input type="checkbox"/> Nam 男 <input type="checkbox"/> Nữ 女	Tuổi 年齢		
Địa chỉ 住所	Điện thoại 電話			
Có bảo hiểm y - tế không? 健康保険を持っていますか	<input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ	Quốc tịch 国籍 Ngôn ngữ 言語		
Bệnh trạng như thế nào? どうされましたか	<input type="checkbox"/> Bị sốt (độ) 熱がある °C	<input type="checkbox"/> Đau cổ 喉が痛い	<input type="checkbox"/> Bị ho 咳	<input type="checkbox"/> Nhức đầu 頭痛
(Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng bị bệnh) 該当するものにチェックしてください	<input type="checkbox"/> Đau ngực 胸痛	<input type="checkbox"/> Hồi hộp 動悸	<input type="checkbox"/> Hơi thở bị ngắt 息切れ	<input type="checkbox"/> Nổi ban 発疹
	<input type="checkbox"/> Bị phù むくみ	<input type="checkbox"/> Khó thở 胸の圧迫感	<input type="checkbox"/> Chóng mặt めまい	<input type="checkbox"/> Bị tê rần しびれ
	<input type="checkbox"/> Huyết áp cao 高血圧	<input type="checkbox"/> Đau bụng 腹痛	<input type="checkbox"/> Đau bao tử (dạ dày) 胃痛	
	<input type="checkbox"/> Thấy khát nước 渇	<input type="checkbox"/> Cảm thấy bụng bị chướng 腹が張っている感じ	<input type="checkbox"/> Giảm cân 体重の減少	
	<input type="checkbox"/> Ói mửa 嘔吐	<input type="checkbox"/> Muốn ói 吐き気	<input type="checkbox"/> Tiêu chảy 下痢	<input type="checkbox"/> Đi tiêu ra máu 血便
	<input type="checkbox"/> Không muốn ăn 食欲不振	<input type="checkbox"/> Mỏi mệt だるい	<input type="checkbox"/> Dễ mệt 疲れやすい	<input type="checkbox"/> Triệu chứng khác その他
Bị từ khi nào? いつからですか	Năm / 年	tháng / 月	ngày / 日	
Đã có lần bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? 薬や食べ物でアレルギーを生じたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Không 無	<input type="checkbox"/> Dược phẩm 薬	<input type="checkbox"/> Thực phẩm 食べ物	<input type="checkbox"/> Ngoài ra 其他
Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? 現在、毎日飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Không 無	<input type="checkbox"/> Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. 今持っていれば、見せてください		
Câu hỏi dành riêng cho quý bà. Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng có thai không? <input type="checkbox"/> Không いいえ <input type="checkbox"/> Có はい → _____ 月 年	女性の方への質問です。 妊娠していますか また その可能性はありますか			
Trong quá khứ đã có mắc chứng bệnh nào ghi ở bên phải không? 過去にどのような病気をしましたか	<input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử 胃腸疾患	<input type="checkbox"/> Bệnh thận 腎臓疾患	<input type="checkbox"/> Bệnh gan 肝臓疾患	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường 糖尿病
	<input type="checkbox"/> Bệnh Lao 結核	<input type="checkbox"/> Bệnh huyết áp cao 高血圧症	<input type="checkbox"/> Bệnh AIDS (SIDA) エイズ	<input type="checkbox"/> Bệnh khác その他
	<input type="checkbox"/> Bệnh tim 心臓疾患		<input type="checkbox"/> Bệnh suyễn 喘息	
Đã có bị mổ (giải phẫu) lần nào chưa? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Chưa いいえ			
Có bị truyền máu lần nào chưa? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Chưa いいえ			

Phiếu Chẩn Đoán Khoa Thần Kinh Ngoại

脳神経外科問診票

Năm / 年 tháng / 月 ngày / 日

Họ và tên 名前	<input type="checkbox"/> Nam 男 <input type="checkbox"/> Nữ 女	Tuổi 年齢
Địa chỉ 住所	Điện thoại 電話	
Có bảo hiểm y - tế không? 健康保険を持っていますか	<input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ	Quốc tịch 国籍 Ngôn ngữ 言語

Bệnh trạng như thế nào?
 どうされましたか

(Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng bị bệnh)
 該当するものをチェックしてください

<input type="checkbox"/> Nhức đầu 頭痛	<input type="checkbox"/> Chóng mặt めまい	<input type="checkbox"/> Muốn ói 吐き気	<input type="checkbox"/> Bị ói mửa 嘔吐
<input type="checkbox"/> O tai 耳鳴り	<input type="checkbox"/> Nhức vai 肩こり	<input type="checkbox"/> Cơ thể bị tê rần 体のしびれ	
<input type="checkbox"/> Bị bất tỉnh 意識がなくなる		<input type="checkbox"/> Nghe không rõ 聞こえにくい	
<input type="checkbox"/> Mắt nhìn không thấy rõ 物が見えにくい	<input type="checkbox"/> Tay chân hoạt động không tự nhiên 手足の動きが悪い		
<input type="checkbox"/> Khó đi chuyển 歩きにくい	<input type="checkbox"/> Tay chân bị run rẩy 手足のふるえ	<input type="checkbox"/> Triệu chứng khác その他	

Có bị đập vào đầu không?
 頭をぶつけましたか

Có はい → Năm/年 tháng/月 ngày/日

Không いいえ

Bị đập vào chỗ nào?
 * どこをぶつけましたか

Phía trước 前頭部 Phía sau 後頭部 Bên phải 右横 Bên trái 左横

Bị tai nạn giao thông, phải không?
 * 交通事故ですか

Phải はい Không phải いいえ

Nếu bị đau đầu, xin trả lời các câu sau
 頭痛のある方はお答えください

* Bị từ khi nào?
 いつからですか

Năm/年 tháng/月 ngày/日

* Bắt đầu như thế nào?
 どの様に始まりましたか

Đột nhiên 突然 Từ từ đau dần 徐々に

* Đau ở chỗ nào?
 どこが痛みますか

Phía trước 前頭部 Phía sau 後頭部 Bên phải 右横 Bên trái 左横 Đau toàn đầu 頭全体

* Đau như thế nào?
 どの様に痛みますか

Đau giựt giựt ズキンズキン Đau dữ dội ガンガン Đau gay gắt キラキラ Nhưng nhức チクチク

Đau như búa bổ ガーンと割れるように Tình trạng khác その他

* Lúc nào đau nhất?
 いつが一番痛みますか

Sáng 朝 Trưa 昼 Chiều 夕 Đau cả ngày 1日中

Đã có lần bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không?
 薬や食べ物でアレルギーを生じたことがありますか

Có 有 → Dược phẩm 薬 Thực phẩm 食べ物 Ngoài ra その他

Không 無

Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không?
 現在、毎日飲んでいる薬はありますか

Có 有 → Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. 今持っていれば、見せてください

Không 無

Câu hỏi dành riêng cho quý bà. 女性の方への質問です。
 Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng có thai không? 妊娠していますか また その可能性はありますか
 Không いいえ Có はい → _____ カ月
tháng

Bệnh đã từng mắc phải 今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> Bệnh Lao 結核	<input type="checkbox"/> Huyết áp cao 高血圧	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường 糖尿病
	<input type="checkbox"/> Bệnh giang mai 梅毒	<input type="checkbox"/> Bệnh AIDS (SIDA) エイズ	<input type="checkbox"/> Bệnh khác その他

Có bị truyền máu lần nào chưa? Có Chưa
 輸血を受けたことがありますか はい いいえ

Có uống rượu không? Uống (/1 ngày) Không uống
 お酒を飲みますか 飲む / 日 飲まない

Có hút thuốc lá không? Hút (điếu/1 ngày) Không hút
 煙草を吸いますか 吸う 本 / 日 吸わない

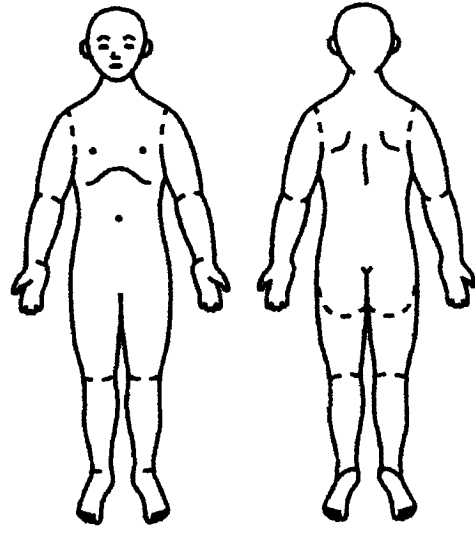
Cho đến nay đã có lần phải nhập viện, hoặc bị mổ không?
 今まで入院や手術をしたことがありますか

<input type="checkbox"/> Có →	Lúc mấy tuổi _____	Tên bệnh _____
はい	年齢 _____	病名 _____
	tuổi / 歳 _____	tháng/カ月 _____
<input type="checkbox"/> Không		Tên của cuộc giải phẫu _____
いいえ		手術名 _____

Phiếu Chẩn Đoán Khoa Da Liễu 皮膚科問診票

Năm / 年 tháng / 月 ngày / 日

Họ và tên 名前	<input type="checkbox"/> Nam 男	<input type="checkbox"/> Nữ 女	Tuổi 年齢
Địa chỉ 住所	Điện thoại 電話		
Có bảo hiểm y - tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không 健康保険を持っていますか <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quốc tịch 国籍 はい いいえ		Ngôn ngữ 言語

<p>Nơi nào trong thân thể có triệu chứng không tốt? どこが悪いのですか (Xin khoanh tròn vào nơi đó) (その箇所に丸印をしてください)</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>(Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng) 該当するものにチェックしてください Bị từ khi nào? いつからですか</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Năm / 年 tháng / 月 ngày / 日 Có triệu chứng như thế nào? どんな症状ですか</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Đau 痛い</td> <td><input type="checkbox"/> Mụn nước 水虫</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ngứa かゆい</td> <td><input type="checkbox"/> Phồng やけど</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nổi ban 発疹</td> <td><input type="checkbox"/> Viêm da (chàm) 湿疹</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bớt (hoặc bầm) あざ</td> <td><input type="checkbox"/> Nốt ruồi ほくろ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nám しみ</td> <td><input type="checkbox"/> Hơi đau ở miệng vết thương 傷口がじくじくしている</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ngoài ra その他</td> <td></td> </tr> </table> <p>Triệu chứng này có thay đổi không? その症状は変化していますか</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không はい いいえ</p>	<input type="checkbox"/> Đau 痛い	<input type="checkbox"/> Mụn nước 水虫	<input type="checkbox"/> Ngứa かゆい	<input type="checkbox"/> Phồng やけど	<input type="checkbox"/> Nổi ban 発疹	<input type="checkbox"/> Viêm da (chàm) 湿疹	<input type="checkbox"/> Bớt (hoặc bầm) あざ	<input type="checkbox"/> Nốt ruồi ほくろ	<input type="checkbox"/> Nám しみ	<input type="checkbox"/> Hơi đau ở miệng vết thương 傷口がじくじくしている	<input type="checkbox"/> Ngoài ra その他	
<input type="checkbox"/> Đau 痛い	<input type="checkbox"/> Mụn nước 水虫												
<input type="checkbox"/> Ngứa かゆい	<input type="checkbox"/> Phồng やけど												
<input type="checkbox"/> Nổi ban 発疹	<input type="checkbox"/> Viêm da (chàm) 湿疹												
<input type="checkbox"/> Bớt (hoặc bầm) あざ	<input type="checkbox"/> Nốt ruồi ほくろ												
<input type="checkbox"/> Nám しみ	<input type="checkbox"/> Hơi đau ở miệng vết thương 傷口がじくじくしている												
<input type="checkbox"/> Ngoài ra その他													

Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? 薬や食べ物でアレルギーを生じたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Dược phẩm 薬 <input type="checkbox"/> Thực phẩm 食べ物 <input type="checkbox"/> Ngoài ra その他 <input type="checkbox"/> Không 無
--	---

Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? 現在、毎日飲んでる薬はありますか	<input type="checkbox"/> Có 有 → <input type="checkbox"/> Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. 今持っていれば、見せてください <input type="checkbox"/> Không 無
--	---

Câu hỏi dành riêng cho quý bà. Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng là có thai không? <input type="checkbox"/> Không いいえ <input type="checkbox"/> Có はい → _____ 月 月 _____ 日	女性の方への質問です。 妊娠していますか また その可能性はありますか
---	--

Trong quá khứ đã có mắc chứng bệnh nào ghi ở bên phải không? 過去にどのような病気をしましたか	<input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> Bệnh Lao 結核症 <input type="checkbox"/> Bệnh tim 心臓疾患	<input type="checkbox"/> Bệnh gan 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> Bệnh thận 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn 喘息 <input type="checkbox"/> Huyết áp cao 高血圧症	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường 糖尿病 <input type="checkbox"/> Bệnh AIDS (SIDA) エイズ <input type="checkbox"/> Bệnh khác その他
--	--	---	---

Đã có bị mổ (giải phẫu) lần nào chưa? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có 有 <input type="checkbox"/> Chưa 無 はい いいえ
---	---