

# ◆◆◆Phiếu hỏi khám dùng chung cho mọi khoa◆◆◆

全科 共通問診票

\_\_\_\_\_科

Họ tên  
氏名

ID Bệnh nhân  
患者 ID

Chiều cao  
身長

cm

Cân nặng  
体重

kg

\*  không thay đổi  mập  
変わらない 太った

Đã giảm \_\_ kg trong \_\_ tháng  
\_\_ヶ月で\_\_kg やせた

■ Thông tin liên lạc của người khác, không phải bản thân bạn, để bệnh viện chúng tôi liên hệ trong trường hợp khẩn cấp  
緊急時に当院から連絡させていただくご本人様以外の連絡先

Họ tên/氏名		Thông tin liên lạc/連絡先	
Mối quan hệ/続柄	Tiếng mẹ đẻ/母国語	Ngoại ngữ có thể sử dụng được:/母国語以外で対応可能な言語	

1 Hiện tại, bạn có các triệu chứng như thế nào? Hoặc hãy cho biết lý do bạn đến khám bệnh.  
現在、どのような症状がありますか? もしくは受診の理由をお知らせください。

2 Các triệu chứng của bạn đã bắt đầu từ khoảng khi nào? ( Từ khoảng năm dương lịch tháng ngày ).  
症状が始まったのはいつ頃からですか? ( 西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃から )

3 Nếu cho đến nay bạn có bệnh đã mắc (tiền sử) hoặc bệnh đang điều trị, hãy đánh dấu  vào ô Tên bệnh.  
Ngoài ra, nếu bạn đã phẫu thuật, hãy đánh dấu  vào ô Phẫu thuật.  
今までかかった病気 (既往歴)、治療中の病気があれば、病名欄に☑を付けてください。  
また、手術を行ったものには手術欄に☑を付けてください。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh về thực quản, dạ dày, ruột 食道、胃、腸の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh về máu 血液の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thấp khớp リウマチ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh về hệ hô hấp 呼吸器の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh về hệ tiết niệu 泌尿器の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đau đầu thường xuyên 習慣性頭痛
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh về tim và mạch máu 心臓・血管の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh về gan/mật/tụy 肝・胆・膵臓の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh về mắt 眼の病気
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh về não 脳の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh tiểu đường 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ung thư がん
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh về thận 腎臓の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cao huyết áp 高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Các bệnh khác その他の病気
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh về tuyến giáp 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hen suyễn ぜんそく			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh về tuyến vú 乳腺の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đau thắt lưng/đau khớp 腰痛・関節痛			

4 Hiện tại bạn có đang uống thuốc không?  Có - Tên thuốc [ \_\_\_\_\_ ]  Không  
現在、薬を飲んでいますか? はい 薬品名 いいえ

5 Bạn có mang theo sổ ghi chép thuốc không?  Có  Không ( Quên hôm nay)  
お薬手帳を持参していますか? はい いいえ (本日忘れた)

6 Bạn có bị dị ứng không?  Có ( Tôi bị nổi mề đay  Tôi mất ý thức)  
アレルギーはありますか? はい じんましんが出た 意識がなくなった)  Không  
いいえ

Tên thuốc 薬品名	( _____ )	Chất cản quang 造影剤	( _____ )
Tên thực phẩm 食品名	<input type="checkbox"/> Chuối <input type="checkbox"/> Bơ <input type="checkbox"/> Hạt dẻ <input type="checkbox"/> Quả Kiwi & Ngoại trừ như ghi ở bên trái ( _____ )	<input type="checkbox"/> Sản phẩm cao su & Ngoại trừ như ghi ở bên trái ( _____ )	
バナナ	アボカド クリ	キウイフルーツ	左記以外 ( _____ )
Kim loại 金属	( _____ )	Khác <input type="checkbox"/> Sản phẩm cao su & Ngoại trừ như ghi ở bên trái ( _____ )	
Nổi mẩn vì băng keo cá nhân ばんそうかぶれ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không あり なし	その他 <input type="checkbox"/> Sản phẩm cao su & Ngoại trừ như ghi ở bên trái ( _____ )	
		ゴム製品	左記以外 ( _____ )

7 Hãy cho biết về thói quen sinh hoạt của bạn.

生活習慣について教えてください

- |                                 |   |   |   |
|---------------------------------|---|---|---|
| Lượng ăn uống<br>食事の量           | <input type="checkbox"/> Lượng ít<br>少量   | <input type="checkbox"/> Bình thường<br>普通  | <input type="checkbox"/> Nhiều<br>多い    |
| Ngủ<br>睡眠                       | <input type="checkbox"/> Ngủ ngon<br>よく眠れる  | <input type="checkbox"/> Không ngủ được<br>眠れない   |   |
| Thói quen uống rượu<br>飲酒の習慣    | <input type="checkbox"/> Không uống<br>飲まない   | <input type="checkbox"/> Hằng ngày<br>毎日  | <input type="checkbox"/> Ít khi<br>たまに  |
| Loại rượu<br>お酒の種類              | <input type="checkbox"/> Rượu Nhật<br>日本酒   | <input type="checkbox"/> Bia<br>ビール   | <input type="checkbox"/> Rượu tây<br>洋酒 |
| Thói quen hút thuốc lá<br>喫煙の習慣 | <input type="checkbox"/> Chưa hút thuốc lần nào<br>一度も吸ったことがない  | <input type="checkbox"/> Đã từng hút thuốc trong quá khứ ( ) điều thuốc mỗi ngày, ( ) đến ( ) tuổi, ( ) năm<br>過去に喫煙 ( ) 本/日、( ) ~ ( ) 才、( ) 年間 |   |
|                                 | <input type="checkbox"/> Đang hút thuốc hiện tại ( ) điều thuốc mỗi ngày, ( ) đến ( ) tuổi, ( ) năm<br>現在喫煙中 ( ) 本/日、( ) ~ ( ) 才、( ) 年間 |   |   |

8 Hãy cho biết về việc đi tiểu, đi tiêu của bạn

排尿、排便について教えてください

Đi tiểu 1 ngày ( ) lần, đi tiêu ( ) ngày ( ) lần  
排尿 1 日 ( ) 回、排便 ( ) 日に ( ) 回

9 Câu hỏi dành cho nữ giới

女性の方のみお答えください

Về kinh nguyệt ( kỳ kinh cuối cùng ) năm dương lịch ( ) tháng ( )  
生理について ( 最終月経 ) 西暦 ( ) 年 ( ) 月

Khả năng mang thai:  Đang mang thai  Khả năng mang thai  Mãn kinh  
妊娠の可能性 妊娠中 妊娠の可能性 閉経

10 Nếu bạn mắc bệnh đe dọa tính mạng ( chẳng hạn như ung thư, v.v. ), hãy cho biết nếu bạn muốn nhận thông báo.

命にかかわる病気 (がんなど) の場合、告知の希望について教えてください。

Muốn  Không muốn  
希望する 希望しない

11 Nếu bạn không thể tự quyết định hoặc biểu lộ ý chí, bạn muốn ai thay mặt bạn đưa ra quyết định? (Ưu tiên trong ngoặc)

ご自身で意思決定・意思表示ができなくなった場合に、どなたに代わりに意思決定をお願いしたいですか? (カッコ内は優先順位)

- |   |              |                           |
|---|--------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> ( ) người phối ngẫu<br>配偶者 | Họ tên<br>氏名 | Thông tin liên lạc<br>連絡先 |
| <input type="checkbox"/> ( ) Cha mẹ<br>親            | Họ tên<br>氏名 | Thông tin liên lạc<br>連絡先 |
| <input type="checkbox"/> ( ) Con cái<br>子ども         | Họ tên<br>氏名 | Thông tin liên lạc<br>連絡先 |
| <input type="checkbox"/> ( ) Khác ( )<br>その他        | Họ tên<br>氏名 | Thông tin liên lạc<br>連絡先 |

12 Bạn đã sử dụng máy xác nhận thẻ bảo hiểm trực tuyến để sử dụng thẻ My Number làm thẻ bảo hiểm phải không?

マイナンバーカードを保険証として利用するため、オンライン保険証確認機を使用されましたか?

Có  Không  
はい いいえ

13 (Chỉ dành cho những người trả lời "Có" ở 12) Bằng cách sử dụng thẻ My Number làm thẻ bảo hiểm, bệnh viện của chúng tôi có thể xác nhận lịch sử khám bệnh, thông tin thuốc, thông tin khám sức khỏe cụ thể và các thông tin điều trị cần thiết khác của bệnh nhân.

Bạn có đồng ý để bệnh viện của chúng tôi xác nhận thông tin trên màn hình máy xác nhận thẻ bảo hiểm trực tuyến không?  
(12で「はい」の方のみ) マイナンバーカードを保険証として利用することで当院は患者さんの受診歴、薬剤情報、特定健診情報やその他必要な診療情報を確認できます。オンライン保険証確認機の画面で当院が情報確認することに同意しましたか?

Có  Không  
はい いいえ

Nhằm cung cấp dịch vụ y tế chất lượng cao, bệnh viện của chúng tôi thu thập và sử dụng thông tin điều trị qua hệ thống xác thực danh tính trực tuyến. Để có được và sử dụng thông tin chính xác, chúng tôi yêu cầu bạn hợp tác trong việc xác thực danh tính bằng thẻ My Number (sử dụng thẻ My Number làm thẻ bảo hiểm).

当院はオンライン資格確認による診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカードによる資格確認 (マイナ保険証の利用) にご協力をお願いいたします。