

Phiếu Chẩn Đoán Khoa Nhi

しょうに かもんしんひょう
小児科問診票

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 của bé ^{こどものなまえ} 子どもの名前		<input type="checkbox"/> Nam ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Nữ ^{おんな} 女
Ngày sinh ^{せいねんがらび} 生年月日	Năm ^{ねん} 年	tháng ^{がつ} 月	ngày ^{にち} 日
Địa chỉ ^{じゅうしょ} 住所	Điện thoại ^{でんわ} 電話		Tuổi ^{ねんれい} 年齢
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		tuổi ^{さい} 才

Đã bị triệu chứng gì? どうしましたか

<input type="checkbox"/> Bị sốt(^{ねつ} 熱) ^{あつ} がある	<input type="checkbox"/> Đau cổ họng ^{のどが} 痛い	<input type="checkbox"/> Bị ho ^{せき} せき	<input type="checkbox"/> Bị động kinh ^{ひきつけ} がおこす
<input type="checkbox"/> Không được khỏe ^{げんき} 元気がない	<input type="checkbox"/> Khó ở trong mình ^{きげん} 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> Phù, phù nề ^{むくみ} むくみ	<input type="checkbox"/> Đau đầu ^{あたま} 頭が痛い
<input type="checkbox"/> Đau bụng ^{なか} お腹が痛い	<input type="checkbox"/> Đau ngực ^{むね} 胸が痛い	<input type="checkbox"/> Nổi ban ^{ぼっしん} 発しん	<input type="checkbox"/> Đau bao tử (dạ dày) ^い 胃が痛い
<input type="checkbox"/> Ói mửa ^{おうと} 嘔吐	<input type="checkbox"/> Không muốn ăn ^{しょくよく} 食欲がない	<input type="checkbox"/> Cảm thấy buồn nôn (Buồn ói) ^{吐き気} 吐き気	
<input type="checkbox"/> Tăng cân ít ^{たいじゆう} 体重の増加不良	<input type="checkbox"/> Đi tiêu chảy ^{げり} 下痢	<input type="checkbox"/> Phân có máu ^{けつぶん} 血便	
<input type="checkbox"/> Không chịu uống sữa ^{ミルク} ミルクの飲みが悪い	<input type="checkbox"/> Ngoài ra ^{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

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が出ますか} 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 Trứng ^{たまご} 卵 Sữa ^{ぎゅうにゅう} 牛乳 Thực phẩm khác ^{その他の食べ物} その他の食べ物 Ngoài ra ^{その他} その他 Không ^{いいえ} いいえ

Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? ^{現在飲んでる薬はありますか} 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. ^{持っていれば見せてください} 持っていれば見せてください Không ^{いいえ} いいえ

Cháu bé uống được loại (dạng) thuốc nào? ^{どんな種類の薬が飲めますか} どんな種類の薬が飲めますか

Thuốc nước ^{シロップ} シロップ Thuốc bột ^{こなぐすり} 粉薬 Thuốc viên hoặc viên bọc nhựa ^{じょうざい} 錠剤またはカプセル

Tình trạng mẹ con khi sinh cháu bé. ^{出産の時のようす} 出産の時のようす

Trọng lượng của em bé lúc mới sinh ^{赤ちゃんの体重} 赤ちゃんの体重 Sinh nở bình thường ^{せいじょうぶんべん} 正常分娩 Phẫu thuật (mổ) dạ con ^{ていおうせいかい} 帝王切開 Tuổi của bà mẹ ^{母親の年齢} 母親の年齢

Đã chích ngừa các loại thuốc chủng nào ghi ở bên phải. ^{接種済み予防接種} 接種済み予防接種

<input type="checkbox"/> vi khuẩn hib ^{ヒブ} ヒブ	<input type="checkbox"/> Phế cầu khuẩn ^{はいえんきゅうざん} 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> Chủng ngừa bệnh bại liệt trẻ em ^{ポリオ} ポリオ
<input type="checkbox"/> Chủng ngừa 3 loại phối hợp ^{さんしゅこんごう} 三種混合	<input type="checkbox"/> Chủng ngừa 4 loại phối hợp ^{よんしゅこんごう} 四種混合	<input type="checkbox"/> Chủng ngừa bệnh thủy đậu ^{みずぼうそう} 水ぼうそう
<input type="checkbox"/> Chủng ngừa BCG BCG	<input type="checkbox"/> Vắc xin MR (hỗn hợp sởi và sởi Đức) ^{ましん・ふうこんごう} 麻疹・風しん混合	<input type="checkbox"/> Viêm não Nhật Bản ^{にほんのうえん} 日本脳炎
<input type="checkbox"/> Chủng ngừa bệnh thủy đậu ^{みずぼうそう} 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> Chủng ngừa bệnh quai bị ^{おたふくかぜ} おたふく風邪	<input type="checkbox"/> Vi rút Rota ^{ロタウィルス} ロタウィルス
<input type="checkbox"/> Viêm não Nhật Bản ^{にほんのうえん} 日本脳炎	<input type="checkbox"/> Vi rút Rota ^{ロタウィルス} ロタウィルス	<input type="checkbox"/> Ngoài ra ^{その他} その他

Từ trước đến giờ đã từng mắc bệnh gì? ^{今までにかかった病気はありますか} 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> Bệnh sởi Đức (Rubella) ^{ふうしん} 風しん	<input type="checkbox"/> Bệnh thủy đậu ^{みずぼうそう} 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> Bệnh sởi ^{ましん} 麻疹	<input type="checkbox"/> Bệnh suyễn ^{ぜんそく} ぜんそく
<input type="checkbox"/> Bệnh quai bị ^{おたふくかぜ} おたふく風邪	<input type="checkbox"/> Bệnh ho gà ^{ひやくにち} 百日ぜき	<input type="checkbox"/> Viêm ruột thừa ^{ちゅうすいえん} 虫垂炎	<input type="checkbox"/> Sốt Kawasaki ^{かわさきびょう} 川崎病
<input type="checkbox"/> Sốt phát ban ^{とつぱつせいぼつ} 突発性発しん	<input type="checkbox"/> Viêm não Nhật Bản ^{にほんのうえん} 日本脳炎	<input type="checkbox"/> Sốt co giật ^{ねつせい} 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> Bệnh khác ^{その他} その他

Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không? ^{現在治療している病気はありますか} 現在治療している病気はありますか

Có ^{はい} はい Không ^{いいえ} いいえ

Đã từng phải phẫu thuật bệnh lần nào chưa? ^{手術を受けたことがありますか} 手術を受けたことがありますか

Có ^{はい} はい Chưa ^{いいえ} いいえ

Đã từng gặp vấn đề gì khi gây mê, gây tê chưa? ^{麻酔をして何かトラブルがありましたか} 麻酔をして何かトラブルがありましたか

Có ^{はい} はい Chưa ^{いいえ} いいえ