

エスニコ問診票 Tờ câu hỏi để khám bệnh của S-NICO

ベトナム語訳版 Bản Tiếng Nhật-Tiếng Việt JV-1802

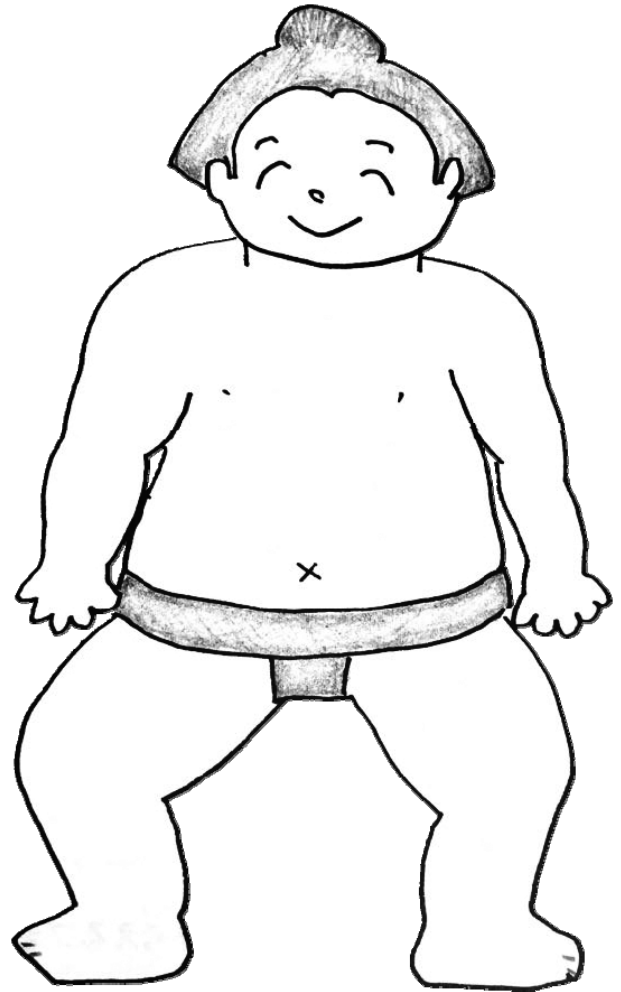
日 Ngày _____ 月 Tháng _____ 年 Năm _____ 曜日 ngày trong tuần _____

以下の問診票にご記入ください Xin bạn viết dưới đây.

日本語能力 Khả năng tiếng Nhật	<input type="checkbox"/> 不自由なく話せる nói được thông thạo <input type="checkbox"/> 少し話せる nói được một chút <input type="checkbox"/> 全く話せない hoàn toàn không nói được
来院目的は？ Mục đích của bạn	<input type="checkbox"/> 診察 khám bệnh <input type="checkbox"/> 処置・治療 điều trị <input type="checkbox"/> 入院 nhập viện <input type="checkbox"/> 検査 xét nghiệm <input type="checkbox"/> その他 mục đích khác _____
どういう症状がありますか？ 自覚症状をいくつでもチェックして下さい。 Bạn thấy triệu chứng thế nào？ Xin bạn đánh dấu. (đánh nhiều dấu cũng được) それはいつからですか？ Bạn thấy triệu chứng đó từ bao giờ？	<input type="checkbox"/> けが Bị thương <input type="checkbox"/> 交通事故 Tai nạn giao thông <input type="checkbox"/> 痛む Đau <input type="checkbox"/> 体の一部が麻痺している Có chỗ nào liệt <input type="checkbox"/> 気分が悪い Cảm thấy bệnh <input type="checkbox"/> めまい Chóng mặt <input type="checkbox"/> 痒い Ngứa <input type="checkbox"/> しびれ Bị tê <input type="checkbox"/> 浮腫む Phù <input type="checkbox"/> 吐血 Ho ra máu <input type="checkbox"/> 息切れ Khó thở <input type="checkbox"/> 息苦しい Ngạt thở <input type="checkbox"/> 冷や汗 Ra mồ hôi lạnh <input type="checkbox"/> 震え Run <input type="checkbox"/> 脱力感 Cảm giác yếu đuối <input type="checkbox"/> 不安感 Mối băn khoăn <input type="checkbox"/> 発熱 Bị sốt <input type="checkbox"/> 発疹 Phát ban <input type="checkbox"/> 下痢 Tiêu Chảy <input type="checkbox"/> 便秘 Táo bón <input type="checkbox"/> 食欲不振 Biếng ăn <input type="checkbox"/> 頻尿 Đái dầm <input type="checkbox"/> 吐き気 Buồn nôn <input type="checkbox"/> 鼻水が出る Sổ mũi <input type="checkbox"/> 咽頭痛 Đau họng <input type="checkbox"/> たんが出る Ho ra đờm <input type="checkbox"/> 生理がない Không có kinh nguyệt <input type="checkbox"/> 月経痛 Đau kinh nguyệt <input type="checkbox"/> しこりがある Cục bướu <input type="checkbox"/> その他 Triệu chứng khác _____ 何分前から Cách đây _____ phút 何時間前から Cách đây _____ tiếng 何日前から Cách đây _____ ngày 何週間前から Cách đây _____ tuần 何ヶ月前から Cách đây _____ tháng 何年前から Cách đây _____ năm
女性の方、妊娠の可能性はありますか？(với phụ nữ) Bạn có thể mang thai không？	<input type="checkbox"/> ない không có thai <input type="checkbox"/> わからない không rõ <input type="checkbox"/> ある có thai rồi 何カ月ですか？mấy tháng？ _____ tháng
今日保険証を持って来ましたか？見せてください。 Bạn có mang thẻ bảo hiểm sức khỏe không？ Nếu mà mang, xin bạn vui lòng cho xem thẻ đó.	<input type="checkbox"/> 持ってくるのを忘れた Hôm nay tôi quên mang thẻ bảo hiểm sức khỏe 今日とは自費でお払いいただき次回保険証をお持ちになったときに還付の取り扱いをします Hôm nay bạn phải trả cả chi phí. Lần sau bạn mang thẻ bảo hiểm sức khỏe thì chúng tôi sẽ làm thủ tục trả lại. <input type="checkbox"/> 保険証番号はわかる Tuy không mang thẻ bảo hiểm nhưng biết số bảo hiểm Số _____ <input type="checkbox"/> もともと保険証がない Không mua bảo hiểm sức khỏe 全額自費でお払いいただきます。Bạn phải trả cả chi phí.

自分の体の中で様子のおかしい部分はどこですか？
 Bạn thấy khác thường ở bộ phận nào của cơ thể?
 絵にも印をつけてください。
 Xin bạn đánh dấu vào tranh nữa.

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 頭 ĐÀU | <input type="checkbox"/> 顔 MẶT |
| <input type="checkbox"/> 目 MẮT | <input type="checkbox"/> 耳 TAI |
| <input type="checkbox"/> 口 MIỆNG | <input type="checkbox"/> 齒 RĂNG |
| <input type="checkbox"/> 喉頭 HỌNG | <input type="checkbox"/> 首 CỔ |
| <input type="checkbox"/> 肩 VAI | <input type="checkbox"/> 肘 KHUYU TAY |
| <input type="checkbox"/> 胸 NGỰC | <input type="checkbox"/> 腹 BỤNG |
| <input type="checkbox"/> 背中 LƯNG | <input type="checkbox"/> 指 NGÓN TAY, NGÓN CHÂN |
| <input type="checkbox"/> 膝 ĐẦU GỐI | <input type="checkbox"/> かかと GÓT CHÂN |
| <input type="checkbox"/> 脚 (腿) ĐÙI | <input type="checkbox"/> 脚 (膝から足首) CẰNG CHÂN |



この対訳問診票は、外国人医療のサポートのためにNPO法人エスニコが独自に作成したものです。営利目的のために無断でコピー、販売、使用することを禁じます。

NPO S-NICO tạo bản câu hỏi này để giúp đỡ những người mà cần điều trị ở Nhật. Cấm photocopy, bán, sử dụng bản câu hỏi này ngoài ra trường hợp NPO S-NICO cho phép.

特定非営利活動法人法人 エスニコ

エスニコ問診票 Tờ câu hỏi để khám bệnh của S-NICO
 ベトナム語版 Bản Tiếng Nhật-Tiếng Việt JV-1802