

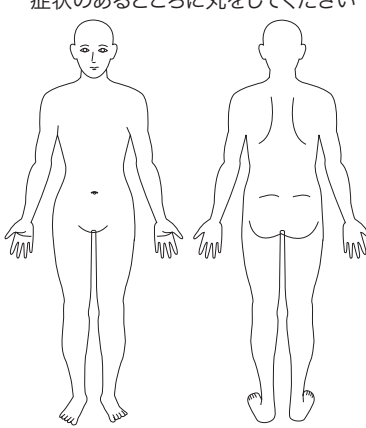
Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng bị bệnh あてはまるものにチェックしてください

Năm ^{ねん}年

tháng ^{がつ}月

ngày ^{にち}日

Họ và tên ^{なまえ} 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	Điện thoại ^{でんわ} 電話	
Địa chỉ ^{じゅうしょ} 住所			
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	

Chỗ nào trong cơ thể bị đau vậy? ^{どうしましたか} どうしましたか	<p>Xin khoanh tròn vào nơi đó ^{しょうじょう} 症状のあるところに丸をしてください</p> 
<input type="checkbox"/> Bị sốt(^{ねつ} 熱) ^{あつ} 熱がある <input type="checkbox"/> Đau ^{いた} 痛い <input type="checkbox"/> Ngứa ^{かゆい} かゆい	
<input type="checkbox"/> Phồng ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> Nổi ban ^{ほっしん} ほっしん <input type="checkbox"/> Viêm da (chàm) ^{しっしん} しっしん	
<input type="checkbox"/> Bớt (hoặc bầm) ^{あざ} あざ <input type="checkbox"/> Nốt ruồi ^{ほくろ} ほくろ <input type="checkbox"/> Nám ^{しみ} しみ	
<input type="checkbox"/> Mụn nước ^{みずむし} みずむし <input type="checkbox"/> Hơi đau ở miệng vết thương ^{じくじく} じくじくしている	
<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	
_____ Năm ^{ねん} 年 _____ tháng ^{がつ} 月 _____ ngày ^{にち} 日から	
Triệu chứng này có thay đổi không? ^{しょうじょう} 症状は変化していますか	
<input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	
Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? ^{くすり た 食物} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> Dược phẩm ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> Thực phẩm ^{た 食物} 食べ物 <input type="checkbox"/> Ngoài ra ^{その他} その他 <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	
Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? ^{げんざい} 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい → Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	
Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng là có thai không? ^{にんしん} 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 ^{はい} はい → _____ tháng ^{かげつ} ヶ月 <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	
Bạn có đang cho con bú không? ^{じゆにゅうちゆう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ
Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào ghi ở bên phải không? ^{いま} 今までにかかった ^{びょうき} 病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử ^{いちょう} 胃腸の ^{びょうき} 病気 <input type="checkbox"/> Bệnh gan ^{かんぞう} 肝臓の ^{びょうき} 病気 <input type="checkbox"/> Bệnh tim ^{しんぞう} 心臓の ^{びょうき} 病気	
<input type="checkbox"/> Bệnh thận ^{じんぞう} 腎臓の ^{びょうき} 病気 <input type="checkbox"/> Bệnh Lao ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường ^{とうようびょう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn ^{ぜんそく} ぜんそく	
<input type="checkbox"/> Huyết áp cao ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> Bệnh AIDS(SIDA) ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ ^{こうじやうせん} 甲状腺の ^{びょうき} 病気 <input type="checkbox"/> bệnh giang mai ^{はいどく} 梅毒	
<input type="checkbox"/> Bệnh khác ^{その他} その他	
Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không? ^{げんざい} 現在治療している ^{びょうき} 病気はありますか	<input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ
Đã có bị mổ (giải phẫu) lần nào chưa? ^{しゆじゆつ} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ
Có bị gây mê (hoặc chích thuốc tê) lần nào chưa? ^{ますい} 麻酔をして何か ^な トラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ
Từ giờ về sau, bạn có thể tự dẫn phiên dịch đến được không? ^{こんご} 今後、 ^{つうやく} 通訳を ^{じぶん} 自分で連れてくる ^つ ことができますか	
<input type="checkbox"/> Có ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Không ^{いいえ} いいえ	