

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 ^{せいねんがっぴ} 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
Có bảo hiểm y - tế không? ^{けんこうほけんも} 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

<input type="checkbox"/> Bị sốt(^{ねつ} độ) 熱がある	<input type="checkbox"/> Đau cổ ^{のど} のどが痛い	<input type="checkbox"/> Bị ho ^{せき} せき	<input type="checkbox"/> Nhức đầu ^{あたま} 頭が痛い
<input type="checkbox"/> Đau ngực ^{むね} 胸が痛い	<input type="checkbox"/> Nổi ban ^{ほっ} 発疹	<input type="checkbox"/> Hồi hộp ^{どうき} 動悸	<input type="checkbox"/> Hơi thở bị ngắt ^{いきぎ} 息切れ
<input type="checkbox"/> Bị phù ^{むくみ} むくみ	<input type="checkbox"/> Chóng mặt ^{めまい} めまい	<input type="checkbox"/> Khó thở ^{むね} 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> Đau bụng ^{なか} お腹が痛い
<input type="checkbox"/> Đau bao tử (dạ dày) ^い 胃が痛い	<input type="checkbox"/> Huyết áp cao ^{こうけつあつ} 高血圧	<input type="checkbox"/> Bị tê rần ^{しびれ} しびれ	<input type="checkbox"/> Thấy khát nước ^{くち} 口が渴く
<input type="checkbox"/> Giảm cân ^{たいしゅう} 体重が減っている	<input type="checkbox"/> Cảm thấy bụng bị chướng ^{なか} お腹が張る	<input type="checkbox"/> Tiêu chảy ^{げり} 下痢	<input type="checkbox"/> Không muốn ăn ^{しょくよく} 食欲がない
<input type="checkbox"/> Ói mửa ^{おうと} 嘔吐	<input type="checkbox"/> Muốn ói ^{はきけ} 吐き気	<input type="checkbox"/> Đi tiêu ra máu ^{けつべん} 血便	
<input type="checkbox"/> Mỏi mệt ^{だるい} だるい	<input type="checkbox"/> Dễ mệt ^{つか} 疲れやすい	<input type="checkbox"/> Triệu chứng khác ^{その他} その他	

Bị từ khi nào? それはいつからですか

_____ Năm ^{ねん}年 _____ tháng ^{がつ}月 _____ ngày ^{にち}日から

Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? ^{くすり た もの}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 Thực phẩm ^{た もの}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? ^{げんざいの}現在飲んでいる薬はありますか

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 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

Có ^{はい}はい → _____ tháng ^{かげつ}ヶ月 Không ^{いいえ}いいえ

Bạn có đang cho con bú không? ^{じゅにゅうちゅう}授乳中ですか Có ^{はい}はい Không ^{いいえ}いいえ

Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào ghi ở bên phải không? ^{いま}今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử ^{いちょう びょうき} 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh gan ^{かんぞう びょうき} 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh tim ^{しんぞう びょうき} 心臓の病気
<input type="checkbox"/> Bệnh thận ^{じんぞう びょうき} 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh Lao ^{けっかく} 結核	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường ^{とうにょうびょう} 糖尿病
<input type="checkbox"/> Huyết áp cao ^{こうけつあつしょう} 高血圧症	<input type="checkbox"/> Bệnh AIDS(SIDA) ^{エイズ} エイズ	<input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ ^{こうじょうせん びょうき} 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> Bệnh khác ^{その他} その他		<input type="checkbox"/> bệnh giang mai ^{はいどく} 梅毒

Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không? ^{げんざい ちりょう}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 có bị mổ (giải phẫu) lần nào chưa? ^{しゅじゅつ}手術を受けたことがありますか Có ^{はい}はい Không ^{いいえ}いいえ

Có bị truyền máu lần nào chưa? ^{ゆけつ}輸血を受けたことがありますか Có ^{はい}はい 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、通訳を自分で連れてくることができますか

Có ^{はい}はい Không ^{いいえ}いいえ