

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 tháng がつ ngày にち

Họ và tên đứa bé <small>こどものなまえ</small>		<input type="checkbox"/> Nam <small>おとこ</small>	<input type="checkbox"/> Nữ <small>おんな</small>
Ngày sinh <small>せいねんがらび</small>	Năm <small>ねん</small> tháng <small>がつ</small> ngày <small>にち</small>	Tuổi <small>ねんれい</small>	
Địa chỉ <small>じゅうしょ</small>		Điện thoại <small>でんわ</small>	
Có bảo hiểm y - tế không? <small>けんこうほけんも</small> 健康保険を持っていますか?		<input type="checkbox"/> Có <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Không <small>いいえ</small>
Quốc tịch <small>こくせき</small> 国籍		Ngôn ngữ <small>ことば</small> 言葉	

Chỗ nào trong cơ thể bị đau vậy? どうしましたか

<input type="checkbox"/> Bị sốt(<small>ねつ</small> 熱) <small>あつ</small> 熱がある	<input type="checkbox"/> Đau cổ họng <small>のどがいた</small> のどが痛い	<input type="checkbox"/> Bị ho <small>せき</small> せき	<input type="checkbox"/> Bị động kinh <small>ひきつけをおこす</small> ひきつけをおこす
<input type="checkbox"/> Không được khỏe <small>げんきがない</small> げんきがない	<input type="checkbox"/> Khó ở trong mình <small>きげんがわるい</small> きげんがわるい	<input type="checkbox"/> phù, phù nề <small>むくみ</small> むくみ	<input type="checkbox"/> Đau đầu <small>あたまがいた</small> あたまが痛い
<input type="checkbox"/> Đau bụng <small>おなか</small> おなか	<input type="checkbox"/> Đau ngực <small>むねがいた</small> むねが痛い	<input type="checkbox"/> Nổi ban <small>ほっしん</small> ほっしん	<input type="checkbox"/> Đau bao tử (dạ dày) <small>い</small> 胃が痛い
<input type="checkbox"/> Ói mửa <small>おうと</small> おうと	<input type="checkbox"/> Không muốn ăn <small>しょくよくがない</small> 食欲がない	<input type="checkbox"/> Ói mửa <small>吐き気</small> 吐き気	
<input type="checkbox"/> Trọng lượng tăng ít <small>体重の増加不良</small> 体重の増加不良		<input type="checkbox"/> Đi tiêu chảy <small>げり</small> 下痢	<input type="checkbox"/> Đi tiêu ra máu <small>けつ便</small> 血便
<input type="checkbox"/> Không chịu uống sữa <small>ミルクの飲みが悪い</small> ミルクの飲みが悪い		<input type="checkbox"/> Ngoài ra <small>その他</small> その他	

Bị từ khi nào? それはいつからですか Năm ねん tháng がつ ngày にち 日から

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

Có はい → Dược phẩm くすり 薬 Trứng たまご 卵 Sữa ぎゅうにゅう 牛乳 Các thực phẩm khác た その他の食べ物 Ngoài ra た その他 Không いいえ

Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? 現在飲んでいる薬はありますか

Có 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 Không いいえ

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

Thuốc nước 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

nh trạng mẹ con khi sanh cháu bé. しゅさんとき 出産の時のようす

Trọng lượng em bé lúc mới sanh あか 赤ちゃんの体重 たいじゅう 体重 _____ g Tuổi của bà mẹ ははおや 母親の年齢 ねんれい 年齢 _____

Sinh nở bình thường せいじょうぶんべん 正常分娩 Sinh nở không bình thường いじょうぶんべん 異常分娩 Phẫu thuật (mổ) dạ con ていおうせつかい 帝王切開

Đã chích ngừa các loại thuốc chủng nào ghi ở bên phải. せつしゅすよぼうせつしゅ 接種済み予防接種

<input type="checkbox"/> vi khuẩn hib <small>ヒブ</small> <input type="checkbox"/> phế cầu viêm phổi <small>はいえんきゅうきん</small> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> Chủng ngừa bệnh bại liệt trẻ em <small>ポリオ</small> ポリオ
<input type="checkbox"/> Ba loại thuốc chủng hỗn hợp <small>さんしゅこんごう</small> 三種混合 <input type="checkbox"/> hỗn hợp 4 loại vắc xin (bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt) <small>よんしゅこんごう</small> 四種混合
<input type="checkbox"/> Chủng ngừa BCG BCG <input type="checkbox"/> Vắc xin MR (hỗn hợp sởi và sởi Đức) <small>ましんふうこんごう</small> 麻疹・風しん混合
<input type="checkbox"/> Chủng ngừa bệnh trái rạ <small>みず</small> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> Chủng ngừa bệnh quai bị <small>おたふく</small> 風邪
<input type="checkbox"/> viêm não Nhật Bản <small>にほんのうえん</small> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> virút Rota <small>ロタウィルス</small> <input type="checkbox"/> Ngoài ra b <small>た</small> その他

Trong quá khứ đã có mắc chứng bệnh nào ghi ở bên phải không? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> Nổi ban <small>かしん</small> 風しん <input type="checkbox"/> Bệnh trái rạ <small>みず</small> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> Bệnh sởi <small>ましん</small> 麻疹 <input type="checkbox"/> Bệnh suyễn <small>ぜんそく</small> ぜんそく
<input type="checkbox"/> Bệnh quai bị <small>おたふく</small> 風邪 <input type="checkbox"/> Bệnh ho gà <small>ひやくにち</small> 百日ぜき <input type="checkbox"/> Viêm ruột thừa <small>ちゅうすいえん</small> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> Sốt Kawasaki <small>かわさきびょう</small> 川崎病
<input type="checkbox"/> Lên ban cấp tính <small>とつぱんせいしん</small> 突発性発しん <input type="checkbox"/> Viêm não Nhật Bản <small>にほんのうえん</small> 日本脳炎
<input type="checkbox"/> Lên cơn động kinh do bị sốt cao <small>ねつせい</small> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> Bệnh khác <small>た</small> 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 Có はい Không いいえ

Đã có bị mổ (giải phẫu) lần nào chưa? 手術を受けたことがありますか Có はい Chưa いいえ

khi dùng thuốc gây tê, gây mê, có vấn đề gì không? 麻酔をして何かトラブルがありましたか Có はい Chưa いいえ

Từ giờ về sau, bạn có thể tự dẫn phiên dịch đến được không? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Có はい Chưa いいえ