

受付  
Tiếp tân

発熱のある方は受付前に申し出てください。

**Những bệnh nhân mà bị sốt thì xin vui lòng báo với tiếp tân.**

はい。発熱しています。

Dạ, tôi bị sốt.

いいえ。発熱していません。

Không, tôi không bị sốt đâu.

下痢、腹痛のある方は申し出てください。

**Những bệnh nhân mà bị đau bụng hoặc tiêu chảy thì xin vui lòng báo với tiếp tân.**

はい。下痢しています。

Dạ, tôi bị tiêu chảy.

はい。腹痛です。

Dạ, tôi bị đau bụng.

いいえ。下痢、腹痛ともありません。

Không, tôi không bị đau bụng và tiêu chảy đâu.

( )が疑われますので、隔離する必要があります。(表3を参照して記号・番号で記入)

Bác sĩ nghi ngờ ( ), cho nên bệnh nhân cần cách ly.  
(Tham khảo bảng 3 và điền ký hiệu hoặc số vào dùm.)

伝染病の病気が疑われます。

Bệnh của Ông/Bà có khả năng lây nhiễm.

伝染病専門施設での治療が必要です。

Ông/Bà cần điều trị ở bệnh viện chuyên môn về bệnh truyền nhiễm.

いつ日本に来ましたか？

**Ông/Bà đến Nhật Bản khi nào?**

( )日・月・年 前

ngày, tháng, năm, ( ) trước

どこの国からきましたか？

**Ông/Bà đến Nhật Bản từ nước nào vậy?**

(国名: )

(Tên nước: )

最近日本以外の国に行きましたか？

**Gần đây, Ông/Bà có đến nước nào khác ngoài Nhật Bản không?**

はい。( )に行きました。

Dạ, có. Tôi đã đi ( ).

いいえ。行きません。

Không, tôi không đi nước nào cả.

あなたはこの病院で治療を受けたことはありますか？

**Ông/Bà đã đến bệnh viện này để chữa bệnh lần nào chưa?**

はい。以前に治療を受けました。

Dạ, trước đây tôi có đến chữa bệnh rồi.

その診療科はどこですか？(表2を参照して記号・番号で記入)

Ông/Bà đã đi khoa nào hồi đó.

(Tham khảo bảng 2 và điền ký hiệu hoặc số vào dùm.)

診察券をお出してください。

Xin vui lòng đưa ra phiếu khám bệnh của Ông/Bà.

いいえ。ありません。

Tôi không có phiếu khám bệnh đâu.

普段通院している病院はありますか？

**Có bệnh viện nào mà Ông/Bà thường đi không?**

- はい。あります。(病院名: \_\_\_\_\_ )
- Dạ, có. (Tên bệnh viện: \_\_\_\_\_ )
- いいえ。ありません。
- Không có.

紹介状を持ってきましたか？

**Ông/Bà đem theo thư giới thiệu không?**

- はい。持ってきました。
- Dạ, có đem theo rồi.
- いいえ。持ってきません。
- Không tôi không đem theo.

紹介状を持っていないと、医療費とは別に保険外併用療養費として¥〇〇〇円を支払っていただくこととなりますが、よろしいですか？

**Nếu không có thư giới thiệu, Ông/Bà phải trả thêm ¥ \_\_\_\_\_ cho chi phí điều trị ngoài bảo hiểm cùng với chi phí (điều trị) của Ông/Bà. Có đồng ý không?**

- はい。支払います。
- Dạ, tôi sẽ trả ¥ \_\_\_\_\_ cùng với chi phí điều trị.

日本の健康保険証を持ってきましたか？

**Ông/Bà có Bảo hiểm y tế Nhật không?**

- はい。持ってきました。
- Dạ, tôi đem theo rồi.
- 持っていますが、今日は持ってきていません。
- Tôi có Bảo hiểm y tế Nhật, nhưng hôm nay không đem theo.
- いいえ。持っていません。
- Tôi không có Bảo hiểm y tế Nhật.

健康保険証を持っていないと医療費は全額自己負担で、現金かクレジットカードで払っていただくこととなりますが、よろしいですか？

**Nếu không có Bảo hiểm y tế Nhật, Ông/Bà phải trả toàn bộ chi phí điều trị bằng tiền mặt hoặc thẻ tín dụng. Có đồng ý không?**

- はい。現金で支払います。
- Tôi đồng ý trả toàn bộ chi phí điều trị bằng tiền mặt.
- はい。クレジットカードで支払います。
- Tôi đồng ý trả toàn bộ chi phí điều trị bằng thẻ tín dụng.
- 現金の持ち合わせがないので、後日支払いに来ます。
- Hôm nay, tôi không có đủ tiền, nên tôi sẽ đến lại để trả tiền ngày khác.
- 身分を証明できるものがあればお出しください。
- Nếu Ông/Bà có những giấy tùy thân, xin cho tôi xem.
- コピーをとらせていただきます。
- Để tôi photocopy.

TIẾNG VIỆT



- 頭部・目・耳・鼻・のど
- Đầu, Con mắt, Tai, Mũi, Cổ họng**
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bị bất tỉnh<br>気を失った                      | <input type="checkbox"/> Bị mờ mắt<br>目がかすむ  | <input type="checkbox"/> Bị ù tai<br>耳鳴り    |
| <input type="checkbox"/> Bị chảy nước mũi, bị nghẹt mũi<br>鼻水・鼻づまり | <input type="checkbox"/> Bị chóng mặt<br>めまい | <input type="checkbox"/> Bị hay quên<br>物忘れ |
| <input type="checkbox"/> Nhìn thấy 2 hình<br>二重に見える                | <input type="checkbox"/> Bị đau họng<br>咽頭痛  |   |

- 胸部 (呼吸器/循環器)
- Bộ ngực (Cơ quan hô hấp/ Cơ quan tuần hoàn)**
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bị ho<br>咳           | <input type="checkbox"/> Bị đờm có máu / Bị xuất huyết phổi<br>血痰・咯血 |  |
| <input type="checkbox"/> Bị thở khò khè<br>喘鳴 | <input type="checkbox"/> Bị hồi hộp<br>動悸                            | <input type="checkbox"/> Bị đờm<br>痰       |
| <input type="checkbox"/> Bị khó thở<br>呼吸困難   | <input type="checkbox"/> Bị đau ngực<br>胸痛                           | <input type="checkbox"/> Bị hỗn hển<br>息切れ |

- 腹部 (消化器/泌尿器/生殖器)
- Bụng (Cơ quan tiêu hóa / Cơ quan đường tiết niệu / Cơ quan sinh sản)**
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bị đau bụng<br>腹痛             | <input type="checkbox"/> Bị tiêu chảy<br>下痢           | <input type="checkbox"/> Bị chứng ợ nóng<br>胸焼け    |
| <input type="checkbox"/> Bị khó nuốt<br>飲み込みづらい        | <input type="checkbox"/> Muốn ói / Bị ói mửa<br>嘔気・嘔吐 | <input type="checkbox"/> Bị bón<br>便秘              |
| <input type="checkbox"/> Cảm thấy ngực bị rắng<br>腹が張る | <input type="checkbox"/> Bị ói ra máu<br>血を吐いた        | <input type="checkbox"/> Nước tiểu có máu<br>血尿    |
| <input type="checkbox"/> Hay (lui tới) đi tiểu<br>頻尿   | <input type="checkbox"/> Đi tiểu rất ít<br>乏尿         | <input type="checkbox"/> Bị đau khi đi tiểu<br>排尿痛 |
| <input type="checkbox"/> Kinh nguyệt không đều<br>月経異常 | <input type="checkbox"/> Ra huyết trắng<br>おりもの       | <input type="checkbox"/> Ra máu nơi âm hộ<br>不正出血  |
| <input type="checkbox"/> Lo có thai<br>妊娠が心配           |   |  |

- 筋骨格系/皮膚
- Cơ và xương cốt / Da liễu**
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Đau lưng<br>腰痛                   | <input type="checkbox"/> Bị tê rần<br>痺れ      | <input type="checkbox"/> Bị đau cơ bắp<br>筋肉痛               |
| <input type="checkbox"/> Không được cho vào sức<br>力が入らない |   | <input type="checkbox"/> Bị co cứng / chứng co giật<br>痙攣する |
| <input type="checkbox"/> Nổi ban<br>発疹                    | <input type="checkbox"/> Bị sưng lên<br>腫れている |   |

Triệu chứng khác ( )

診 察  
khám bệnh

**【現病歴】**

**[Bệnh đang bị]**

今の症状はいつ頃からはじまりましたか？

**Triệu chứng này bắt đầu khi nào?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 一時間前<br><input type="checkbox"/> Một tiếng trước | 一日前<br><input type="checkbox"/> Một ngày trước | 一週間前<br><input type="checkbox"/> Một tuần trước |
| 一ヶ月前<br><input type="checkbox"/> Một tháng trước | その他<br><input type="checkbox"/> Ngoài ra       |   |

どのくらいの頻度でおこりますか？

**Bao lâu mới bị?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 数分に1回<br><input type="checkbox"/> Một lần mấy phút            | 1時間に数回<br><input type="checkbox"/> Vài lần trong một tiếng     | 1日のうちで何回か<br><input type="checkbox"/> Mấy lần trong một ngày |
| 1週間のうちで何回か<br><input type="checkbox"/> Mấy lần trong một tuần | 1ヶ月のうちで何回か<br><input type="checkbox"/> Mấy lần trong một tháng | その他<br><input type="checkbox"/> Ngoài ra                     |

その症状はどのくらい続きますか？

**Bị kéo dài bao lâu?**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 数秒間<br><input type="checkbox"/> Mấy giây      | 数分間<br><input type="checkbox"/> Mấy phút | 数時間<br><input type="checkbox"/> Mấy tiếng | 1日中<br><input type="checkbox"/> Suốt ngày |
| 数日間<br><input type="checkbox"/> Mấy ngày luôn | 数週間<br><input type="checkbox"/> Mấy tuần | 数ヶ月<br><input type="checkbox"/> Mấy tháng | その他<br><input type="checkbox"/> Ngoài ra  |

周囲に同じ症状の人はいますか？

**Có người nào mà có triệu chứng giống như vậy không?**

- |  |  |
|--|--|
| はい。います。(誰が?)<br><input type="checkbox"/> Dạ, có. (Ai?: ) | いいえ。いません。<br><input type="checkbox"/> Không có ai hết. |
|--|--|

最近日本以外の国に行きましたか？

**Gần đây, Ông/Bà có đến nước nào khác ngoài Nhật Bản không?**

- |   |  |
|---|--|
| はい。行きました。(何処に?)<br><input type="checkbox"/> Dạ, có. Tôi đã đi. (Nước nào? ) | いいえ。行きません。<br><input type="checkbox"/> Không, tôi không đi đâu cả. |
|---|--|

現在何か薬を服用していますか？

**Bây giờ, Ông/Bà có uống thuốc nào không?**

- |  |  |
|--|--|
| はい。飲んでいます。(薬の種類)<br><input type="checkbox"/> Dạ, tôi đang uống thuốc. (Loại thuốc ) [Tham khảo trang 20 và điền số vào dùm.] | いいえ。飲んでいません。<br><input type="checkbox"/> Không, tôi không uống thuốc nào cả. |
|--|--|

**【既往歴】**

**Lịch sử bệnh tật**

過去に何か病気をしたことがありますか？

**Trước đây, Ông/Bà có bị bệnh gì không?**

はい。あります。(表3を参照して記号・番号で記入)

Dạ, tôi đã bị rồi. (Tham khảo bảng 3 và điền ký hiệu hoặc số vào dùm.)  
いいえ。ありません。

Không, tôi không bị bệnh gì cả.

手術を受けたことはありますか？又は入院をしたことがありますか？

**Ông/Bà đã mổ hoặc nhập viện để chữa bệnh lần nào chưa?**

はい。あります。(いつ頃、病名 - ) [表3を参照して記号・番号で記入]

Dạ, có. (Khi nào, Tên bệnh ) [Tham khảo bảng 3 và điền ký hiệu hoặc số vào dùm.]  
いいえ。ありません。

Không.

輸血を受けたことがありますか？

**Ông/Bà đã được truyền máu lần nào chưa?**

はい。あります。

Dạ, có, tôi đã được truyền máu rồi.  
いいえ。ありません。

Không, tôi chưa bao giờ được truyền máu.

**【家族歴】**

**Lịch sử bệnh tật của gia đình Ông/Bà.**

家族にどなたか病気の方はいますか？

**Trong gia đình của Ông/Bà, có người nào đang bị bệnh không?**

はい。います。(表3を参照して記号・番号で記入)

Dạ, có. (Tham khảo bảng 3 và điền ký hiệu hoặc số vào dùm.)  
いいえ。いません。

Không, không có người nào bị bệnh.

**【その他】**

**Ngoài ra.**

現在妊娠の可能性はありますか？

**Bây giờ, Bà có khả năng có thai không?**

はい。あります。

いいえ。ありません。

わからない。

Dạ, có.

Không.

Tôi không biết.

最後の生理はいつでしたか？

**Lần kinh nguyệt cuối cùng của Bà là khi nào?**

月 日から 日間ほど

閉経後

Khoảng từ ngày ( ) đến ngày ( ) tháng ( )  Tắt kinh rồi.

常用薬はありますか？

**Bà có thuốc thường uống không?**

はい。あります。(薬の種類

) [20 頁を参照して記入]

Dạ, có. (Loại thuốc ) [Tham khảo trang 20 và điền số vào dùm.]  
いいえ。ありません。

Không.

薬や食物でアレルギーはありますか？

**Bà đã có bị dị ứng do dược phẩm hoặc thực phẩm lần nào chưa?**

- はい。あります。(何に? )      いいえ。ありません。  
 Dạ, có. (Với cái gì? )       Không.

この1ヶ月で体重の変化はありましたか？

**Cân nặng của Bà có thay đổi trong tháng này không?**

- kg増加      kg減少      変化なし  
 Tăng ký       Giảm ký       Không thay đổi.

タバコは吸いますか？

**Bà có hút thuốc lá không?**

- はい。吸います。(いつから? 1日何本? )  
 Dạ, có. (Từ khi nào? Bao nhiêu điếu trong 1 ngày? )  
いいえ。吸いません。  
 Không. Tôi không hút.

お酒は飲みますか？

**Bà có uống rượu không?**

- はい。飲みます。(どのくらい? )  
 Dạ, có. (Khoảng bao nhiêu? )  
いいえ。飲みません。  
 Không, tôi không uống rượu.

以下の予防接種を受けたものすべてにチェックをしてください。

**Xin vui lòng đánh dấu tất cả tiêm chủng sau đây mà Ông/Bà đã chích rồi.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 結核<br>Chủng ngừa bệnh Lao                               | <input type="checkbox"/> 破傷風<br>Chủng ngừa bệnh uốn ván             |
| <input type="checkbox"/> ジフテリア<br>Chủng ngừa bệnh bạch hầu                       | <input type="checkbox"/> 百日咳<br>Chủng ngừa bệnh ho gà               |
| <input type="checkbox"/> 麻疹<br>Chủng ngừa bệnh sởi                               | <input type="checkbox"/> ポリオ<br>Chủng ngừa bệnh bại liệt            |
| <input type="checkbox"/> おたふく風邪<br>Chủng ngừa bệnh quai bị                       |   |
| <input type="checkbox"/> 風疹<br>Chủng ngừa bệnh sởi Đức / Chủng ngừa bệnh Rubella |   |
| <input type="checkbox"/> A型肝炎<br>Chủng ngừa bệnh viêm gan siêu vi A              | <input type="checkbox"/> B型肝炎<br>Chủng ngừa bệnh viêm gan siêu vi B |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ桿菌<br>Chủng ngừa bệnh cúm khuẩn hình que         | <input type="checkbox"/> 腸チフス<br>Chủng ngừa bệnh sốt thương hàn     |
| <input type="checkbox"/> 水ぼうそう<br>Chủng ngừa bệnh thủy đậu                       | <input type="checkbox"/> コレラ<br>Chủng ngừa bệnh dịch tả             |
| <input type="checkbox"/> 狂犬病<br>Chủng ngừa bệnh dại                              | <input type="checkbox"/> 日本脳炎<br>Chủng ngừa bệnh viêm não Nhật Bản  |
| <input type="checkbox"/> その他<br>Chủng ngừa bệnh khác                             |   |

どこに問題があるのですか？

## Ông/Bà cảm thấy khó chịu ở đâu?

