

# Phiếu Chẩn Đoán Nội Khoa

ない か もんしんひょう  
内科問診票

Tiếng Việt  
ベトナム語

Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng bị bệnh

Năm

tháng

ngày

Họ và tên	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Ngày sinh	Năm tháng ngày	Điện thoại
Địa chỉ		
Có bảo hiểm y - tế không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Quốc tịch	Ngôn ngữ	

Chỗ nào trong cơ thể bị đau vậy?		
<input type="checkbox"/> Bị sốt (độ) <input type="checkbox"/> Đau ngực <input type="checkbox"/> Bị phù <input type="checkbox"/> Đau bao tử (dạ dày) <input type="checkbox"/> Giảm cân <input type="checkbox"/> Ói mửa <input type="checkbox"/> Mỗi mệt	<input type="checkbox"/> Đau cổ <input type="checkbox"/> Nổi ban <input type="checkbox"/> Chóng mặt <input type="checkbox"/> Huyết áp cao <input type="checkbox"/> Cảm thấy bụng bị chướng <input type="checkbox"/> Muốn ói <input type="checkbox"/> Dễ mệt	<input type="checkbox"/> Bị ho <input type="checkbox"/> Hồi hộp <input type="checkbox"/> Khó thở <input type="checkbox"/> Bị tê rần <input type="checkbox"/> Tiêu chảy <input type="checkbox"/> Triệu chứng khác
<input type="checkbox"/> Nhức đầu <input type="checkbox"/> Hơi thở bị ngắt <input type="checkbox"/> Đau bụng <input type="checkbox"/> Thấy khát nước <input type="checkbox"/> Không muốn ăn <input type="checkbox"/> Đi tiêu ra máu		
Bị từ khi nào?		
Năm tháng ngày		
Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Hiện nay có phải uống thuốc hàng ngày không?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng là có thai không?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Bạn có đang cho con bú không?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào ghi ở bên phải không?		
<input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử <input type="checkbox"/> Bệnh thận <input type="checkbox"/> Huyết áp cao <input type="checkbox"/> Bệnh khác	<input type="checkbox"/> Bệnh gan <input type="checkbox"/> Bệnh Lao <input type="checkbox"/> Bệnh AIDS(SIDA) <input type="checkbox"/> Bệnh khác	<input type="checkbox"/> Bệnh tim <input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn <input type="checkbox"/> Bệnh giang mai
Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Đã có bị mổ (giải phẫu) lần nào chưa?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Có bị truyền máu lần nào chưa?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Từ giờ về sau, bạn có thể tự dẫn phiên dịch đến được không?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		