

Phiếu Chẩn Đoán Khoa Sản Phụ

さん ぶ じん か もんしんひょう
産婦人科問診票

Tiếng Việt
ベトナム語

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	Điện thoại ^{でんお} 電話	
Địa chỉ ^{じゅうしょ} 住所			
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	

Đã bị triệu chứng gì? どうしましたか

<input type="checkbox"/> Có thai ^{にんしん} 妊娠	<input type="checkbox"/> Kinh nguyệt không đều ^{けつげい いじょう} 月経の異常	<input type="checkbox"/> Ra huyết trắng ^{おりもの} おりもの
<input type="checkbox"/> cơn đau ở bụng dưới ^{かぶくぶいた} 下腹部が痛い	<input type="checkbox"/> Ra máu nơi âm hộ ^{ふせいせいしゅけつ} 不正性器出血	<input type="checkbox"/> Khối u (polip) ^{ポリープ} ポリープ
<input type="checkbox"/> U xơ buồng trứng ^{らんそう しゅぼう} 卵巣のう腫瘍	<input type="checkbox"/> Âm hộ bị ngứa ^{せいき} 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> U xơ tử cung ^{しきゅうきんしゅ} 子宮筋腫
<input type="checkbox"/> Kiểm tra ung thư ^{がんけん} がん検診	<input type="checkbox"/> Chứng vô sinh ^{ふにんじょう} 不妊症	<input type="checkbox"/> Thiếu máu ^{ひんけつ} 貧血
		<input type="checkbox"/> Ngoài ra ^{その他} その他

Kỳ kinh nguyệt vừa qua ^{さいしゅうげつがい} 最終月経は _____ tháng ^{がつ} 月 _____ ngày ^{にち} 日

Kể về những lần có thai ^{にんしん ぶんべん} 妊娠・分娩について

<input type="checkbox"/> Có thai ^{にんしん} 妊娠 _____ lần ^{かい} 回	<input type="checkbox"/> Sinh nở bình thường ^{せいじょうぶんべん} 正常分娩 _____ lần ^{かい} 回	<input type="checkbox"/> Đã sinh bằng phương pháp phẫu thuật ^{ていおうせつがい} 帝王切開 _____ lần ^{かい} 回	<input type="checkbox"/> Trường hợp khác ^{その他} その他
<input type="checkbox"/> Sinh nở ^{ぶんべん} 分娩 _____ lần ^{かい} 回	<input type="checkbox"/> Nạo phá thai ^{にんしんちゅうぜつ} 妊娠中絶 _____ lần ^{かい} 回	<input type="checkbox"/> Đã sinh bằng phương pháp phẫu thuật ^{ていおうせつがい} 帝王切開 _____ lần ^{かい} 回	<input type="checkbox"/> Trường hợp khác ^{その他} その他
<input type="checkbox"/> Sảy thai ^{りゅうざん} 流産 _____ lần ^{かい} 回	<input type="checkbox"/> Nạo phá thai ^{にんしんちゅうぜつ} 妊娠中絶 _____ lần ^{かい} 回	<input type="checkbox"/> Đã sinh bằng phương pháp phẫu thuật ^{ていおうせつがい} 帝王切開 _____ lần ^{かい} 回	<input type="checkbox"/> Trường hợp khác ^{その他} その他
<input type="checkbox"/> Có thai ngoài tử cung ^{しきゅうがい にんしん} 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> Thai trứng ^{ぼうじょうごたい} 胞状奇胎	<input type="checkbox"/> Trường hợp khác ^{その他} その他	

Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào không? ^{いま} 今までに ^{びょうき} かった病気はありますか

<input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử ^{いらいびょうき} 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh gan ^{かんぞう} 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh tim ^{しんぞう} 心臓の病気
<input type="checkbox"/> Bệnh thận ^{じんぞう} 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 ^{こうけつあつしやう} 高血圧症	<input type="checkbox"/> Bệnh AIDS(SIDA) ^{エイズ} エイズ	<input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn ^{ぜんそく} ぜんそく
<input type="checkbox"/> Bệnh lây nhiễm qua đường tình dục ^{せいびょう} 性病	<input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ ^{こうじょうせん} 甲状腺の病気	
	<input type="checkbox"/> Bệnh khác ^{その他} その他	

7/1/4