

患者氏名 :  
患者ID :

Tiếng Việt/ Vietnamese / ベトナム語

## Tài liệu giới thiệu bệnh nhân /Patient Referral Document/ 診療情報提供書

Đến/To/病院:

Địa chỉ/Address/住所:

Người nhận/Attn/先生:

Tên bệnh viện/Hospital name/病院名:

Khoa/Department/診療科:

Con dấu/Seal/印

Năm/Year/年 Tháng/Month/月 Ngày/Day/日

Họ và Tên/Name /氏名		Giới tính/Sex /性別	<input type="checkbox"/> Nam/Male/男 <input type="checkbox"/> Nữ/Female/女
Ngày sinh (Năm/Tháng/Ngày) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Năm/Year/年 Tháng/Month/月 Ngày/Day/日	Tuổi/Age /年齢	Tuổi /years old /歳
Địa chỉ/Address /住所			
Điện thoại (Nhà) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)	Điện thoại (Di động) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)		
Nghề nghiệp/Occupation /職業			
Chẩn đoán/Diagnosis /傷病名			
Lý do giới thiệu /Reason for referral /紹介目的			
Lịch sử y tế của bệnh nhân và gia đình anh ấy/cô ấy /Medical history of patient and his/her family /既往歴及び家族歴			
Tiến trình triệu chứng, kết quả xét nghiệm, và tóm tắt điều trị /Clinical course, test results, and treatment summary /症状経過及び 検査結果・治療経過			
Đơn thuốc hiện tại /Current medication /現在の処方			
Tài liệu đính kèm /Materials attached /資料添付	<input type="checkbox"/> Không/No/無 <input type="checkbox"/> Có/Yes/有 → <input type="checkbox"/> X-quang/X-ray/X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MPT/MP/MRI/MR <input type="checkbox"/> Nội soi/Endoscopy/内視鏡 <input type="checkbox"/> Siêu âm/Ultrasound/超音波 <input type="checkbox"/> Điện tâm đồ/ECG/心電図 <input type="checkbox"/> Xét nghiệm máu/Blood test/採血検査 <input type="checkbox"/> Tóm tắt xuất viện/Discharge summary/退院サマリ		