

Bảng câu hỏi nhi khoa/Pediatrics Questionnaire/小児科 問診票

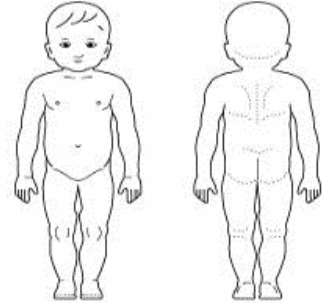
Tên bệnh nhân /Name of patient /患者氏名				BT= PR= BP= RR= SPO2=	°C phút/min./ 分 mmHg phút/min./ 分 %
Ngày sinh /Date of birth /生年月日 (西曆)		Năm /Year/年	Tháng /Month/月	Ngày /Day/日	Chỉ dành cho nhân viên /For staff only /医療機関記入欄
		(Tuổi/Years old/歳)			
Chiều cao/Cân nặng /Height/Weight/身長・体重		cm kg		Giới tính/Sex/性別	
Dị ứng/Allergies /アレルギーの有無		<input type="checkbox"/> Thức ăn/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Thuốc/Medicine/薬:			

※Nếu bạn có sổ tay sức khỏe bà mẹ trẻ em hoặc sổ tay thuốc, vui lòng mang theo.
/Please be prepared to present the Maternal and Child Health Handbook and medication record (notebook).
/母子健康手帳、お薬手帳をお持ちの方は、ご用意ください。

Hôm nay bạn có triệu chứng gì?Đánh dấu tất những mục áp dụng. / What is the problem today?(Check all that apply.)
/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数回してください。)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sốt/Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> Đau/Pain/痛み | <input type="checkbox"/> Ho/Cough/咳 | <input type="checkbox"/> Sổ mũi
/Runny nose/鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> Nghẹt mũi
/Nasal congestion
/鼻づまり | <input type="checkbox"/> Nôn
/Vomiting/嘔吐 | <input type="checkbox"/> Tiêu chảy
/Diarrhea/下痢 | <input type="checkbox"/> Buồn nôn/Nausea
/吐き気 |
| <input type="checkbox"/> Phân có máu
/Bloody stool/血便 | <input type="checkbox"/> Phát ban
/Hives/じんましん | <input type="checkbox"/> Bệnh chàm
/Eczema/湿疹 | <input type="checkbox"/> Vết bớt, vết bầm tím
/Birthmark, bruise
/あざ |
| <input type="checkbox"/> Mụn nhọt
/Boil/できもの | <input type="checkbox"/> Phát ban/Rash/発疹 | <input type="checkbox"/> Da khô/Dry skin
/皮膚の乾燥 | <input type="checkbox"/> Triệu chứng dị
ứng/Atopic symptoms
/アトピー |
| <input type="checkbox"/> Bất tỉnh
/Loss of consciousness
/意識がなくなる | <input type="checkbox"/> Tâm trạng xấu
/Bad mood
/機嫌がわるい | <input type="checkbox"/> Chán ăn
/Loss of appetite
/食欲がない | <input type="checkbox"/> Không uống sữa
/Does not drink milk
/ミルクを飲まない |
| <input type="checkbox"/> Co giật/Convulsion
/けいれん | <input type="checkbox"/> Đau tai
/Earache/耳痛 | <input type="checkbox"/> Tư vấn về sự phát triển của
trẻ/Consultation on child
development/発達相談 | <input type="checkbox"/> Tư vấn chăm sóc trẻ
em/Consultation on child care
/育児相談 |
| <input type="checkbox"/> Tư vấn dị ứng
/Allergy consultation
/アレルギーの相談 | <input type="checkbox"/> Tôi được một phòng khám/bệnh viện khác (hoặc khi khám sức khỏe định kỳ) khuyên nên đến đây.
/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here.
/他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む) | | |
| <input type="checkbox"/> Tiêm chủng/Vaccination
/ワクチン接種 | <input type="checkbox"/> Khác/Other(s)
/その他 : | | |

Khoanh tròn khu vực bạn đang có triệu chứng.
/Circle the place where you are experiencing the symptom.
/症状のある部分に○を付けて下さい。



Nếu bạn đánh dấu "Tôi được một phòng khám/bệnh viện khác khuyên nên đến đây" trong câu hỏi trên, hãy đánh dấu tất cả những câu áp dụng bên dưới.
/If you checked "I was advised by another clinic/hospital to come here" in the above question, check all that apply below.
/「他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)」に☑された方は、当てはまるものを☑してください。

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Điện tâm đồ bất thường
/Abnormality in electrocardiogram
/心電図異常 | <input type="checkbox"/> Chiều cao ngắn
/Short height/低身長 | <input type="checkbox"/> Tăng cân kém
/Poor weight gain
/体重増加不良 | <input type="checkbox"/> Xét nghiệm nước tiểu bất thường
/Abnormality in Urinalysis
/尿検査異常 | <input type="checkbox"/> Chậm nói
/Slow language development
/言葉の遅れ |
|--|--|---|--|---|

Có bệnh nào lây lan ở trường, nhà trẻ hoặc trong gia đình bạn không?
/Have any diseases been spreading in your school, nursery or in the family?/学校や保育所、家族内で流行している病気はありますか。

- | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Không/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> Có/Yes
/はい | Nếu có, hãy đánh dấu vào (các) bệnh dưới đây hiện đang lây lan.
/If yes, check the disease(s) below that have currently been spreading.
/「あり」に☑された方は、どの病気が流行っているか、☑してください。 | | | |
| <input type="checkbox"/> Thủy đậu
/Chicken pox
/みずぼうそう | <input type="checkbox"/> Viêm dạ dày ruột truyền nhiễm
/Infectious gastroenteritis
/感染性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> Nhiễm liên cầu khuẩn
/Streptococcal infection
/溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> Quai bị/Mumps
/おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> Cúm/Influenza
/インフルエンザ | <input type="checkbox"/> Bệnh tay chân miệng
/Hand, foot and mouth
disease/手足口病 |
| <input type="checkbox"/> Herpangina
/ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> Nhiễm Adenovirus
/Adenovirus infection
/アデノウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> Ban đỏ truyền nhiễm
/Erythema infectiosum
/りんご病 | <input type="checkbox"/> Khác/Other(s)
/その他 : | | |

Các triệu chứng bắt đầu khi nào?/When did the symptom start?
/この症状はいつからありますか。

Năm /Year/年 _____ Tháng /Month/月 _____ Ngày /Day/日 _____
 Từ khoảng/From about _____ : _____ sáng/am/chiều/pm
 午前・午後 _____ 時 _____ 分ごろから

Hiện tại bạn có đang dùng bất kỳ loại thuốc nào không? Bao gồm vitamin, thực phẩm bổ sung chất dinh dưỡng.
/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?
/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- Không/No
/いいえ Có/Yes
/はい
- *Nếu bạn có thuốc hoặc "sổ thuốc", vui lòng cho chúng tôi xem.
/Show us your medication or medication record (notebook).
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Tên thuốc /Name of medications /お薬の名前	Cách uống hoặc sử dụng /How to take or use your medication /飲み方・使い方		Tên thuốc /Name of medications /お薬の名前	Cách uống hoặc sử dụng /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

Hãy viết về tình trạng của bạn khi sinh. ※Nếu bạn có sổ tay sức khỏe bà mẹ và trẻ em, vui lòng đưa cho nhân viên.
/Write about your conditions at birth. ※ Present the Maternal and Child Health Handbook.

/生まれた時のことを、お書きください。※母子健康手帳をお持ちの方は、手帳をスタッフに渡してください。

Bạn có gặp bất thường gì trong quá trình sinh nở không?/Did you have any problems during labor or delivery?
/分娩時に異常がありましたか。

- Không/No/いいえ Có/Yes/はい Tôi không biết/Do not know/わからない

Nếu bạn trả lời "Có", vui lòng ghi lại loại bất thường đã xảy ra./If yes, describe the problem(s).
/「はい」に回答された方は、どのような異常があったか書いてください。

- Thể sinh ngược /Breech presentation/骨盤位 Dây rốn vướng víu /Loop of umbilical cord/臍帯巻絡 Mổ lấy thai /Caesarean section/帝王切開 Ngạt sơ sinh /Neonatal asphyxia/新生児仮死

Lúc sinh con/Birth/出生時

Tuần sinh/Weeks of pregnancy at childbirth : _____ Tuần _____ Ngày _____
/出生時週数 /Week/週 /Days/日 Cân nặng/Weight/ : _____ g/g
体重

Chiều cao/Height/ : _____ cm Chu vi đầu _____ cm Chu vi ngực _____ cm
身長 /Head circumference/頭囲 /Chest circumference/胸囲

Bạn đã từng đến bệnh viện khác trước khi đến bệnh viện này chưa?/Have you been treated at any other hospital before this hospital?
/当院に来るまでに、ほかの病院にかかれましたか。

- Không/No/いいえ Có/Yes/はい Nếu bạn trả lời có, vui lòng ghi tên cơ sở y tế nơi bạn đã điều trị.
/If Yes, write the name(s) of hospital(s) that you have been treated before.
/「はい」に回答した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

	Ngày tư vấn /Date of consultation/ 受診日	Tên bệnh viện/Hospital name /医療機関名	Đơn thuốc/Prescription /処方の有無
①			<input type="checkbox"/> Có/Yes/あり <input type="checkbox"/> Không/No/なし
②			<input type="checkbox"/> Có/Yes/あり <input type="checkbox"/> Không/No/なし

Vui lòng viết tất cả các bệnh nếu bạn hiện đang điều trị hoặc đã từng mắc bất kỳ bệnh nào trong quá khứ.
/Write all diseases that you are currently being treated for and any past diseases.

/現在治療中、または過去の病気があればお書きください。

- Không/No/いいえ Có/Yes/はい Nếu bạn đánh dấu "Có", vui lòng ghi tên cơ sở y tế nơi bạn được điều trị.
/If Yes, write the name(s) of hospital(s) that you have been treated before.
/「はい」に回答した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

	Tên bệnh/Disease names /疾患名	Tiến trình điều trị/Treatment progress /治療経過	Tên bệnh viện/Hospital name /医療機関名
①		<input type="checkbox"/> Đã chữa lành/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Đang điều trị/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Ngưng điều trị /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Chưa được điều trị/Untreated/未治療	
②		<input type="checkbox"/> Đã chữa lành/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Đang điều trị/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Ngưng điều trị /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Chưa được điều trị/Untreated/未治療	

Hãy mô tả phương pháp cho ăn./Describe feeding method.

/現在の食事の形態を教えてください。

- Bú sữa /Milk feeding/哺乳 Chỉ cho con bú /Breast feeding only/母乳栄養 Vú và sữa công thức /Breast plus formula milk/混合栄養 Chỉ sữa công thức /Formula milk only/人工栄養
_____ml/ngày/ml/day/日 _____lần/ngày/time(s)/day/回/日
- Thức ăn trẻ em /Baby food/離乳食 Thời kỳ đầu/First period/初期 Giai đoạn giữa/Second period/中期 Cuối kỳ/Third period/後期
*Tần suất bữa ăn /Meal frequency/食事回数 1 lần một ngày/Once a day/1日1回 2 lần một ngày/ Twice a day/1日2回 3 lần một ngày/3 times a day/1日3回
- Thức ăn đặc/Solid food/固形食 Sữa bổ sung/Follow-up milk/フォローアップミルク
*Tần suất bữa ăn /Meal frequency/食事回数 _____ml/ngày/ml/day/日 _____lần/ngày/time(s)/day/回/日
- 1 lần một ngày/Once a day/1日1回 2 lần một ngày/ Twice a day/1日2回 3 lần một ngày/3 times a day/1日3回

Vui lòng viết lịch sử tiêm chủng của bạn dưới đây. Nếu bạn có sổ tay sức khỏe bà mẹ trẻ em hoặc sổ tay tiêm chủng, vui lòng đưa cho nhân viên xem.

/Check the vaccination history below. Show medical staff the Maternal and Child Health Handbook and Vaccination Record Book.

/ワクチン接種歴を下記に書いてください。母子手帳、ワクチン手帳をお持ちの方は、スタッフに見せてください。

- Hib _____ lần _____ lần
/time(s)/回 /time(s)/回 Bệnh tiêu chảy do vi rút rô-ta _____ lần _____ lần
/Rotavirus/ロタ _____time(s)/回 _____time(s)/回
- Quai bị _____ lần _____ lần
/Mumps/おたふくかぜ _____time(s)/回 _____time(s)/回 Vắc xin hỗn hợp 4 loại (DPT-IPV)/Tetra vaccine(DPT-IPV) _____ lần _____ lần
/4種混合 (DPT-IPV) /time(s)/回 /time(s)/回 Phế cầu khuẩn _____ lần _____ lần
/Pneumococcus/肺炎球菌 _____time(s)/回 _____time(s)/回
- Viêm gan B _____ lần _____ lần
/Hepatitis B/B型肝炎 _____time(s)/回 _____time(s)/回 Bệnh bại liệt miệng _____ lần _____ lần
/Oral poliovirus /経口ポリオ _____time(s)/回 _____time(s)/回 BCG _____ lần _____ lần
/time(s)/回 /time(s)/回 Vắc xin hỗn hợp 3 loại (DPT) _____ lần _____ lần
/Triple vaccine (DPT) /3種混合 (DPT) /time(s)/回 /time(s)/回
- Bệnh bại liệt bất hoạt _____ lần _____ lần
/Inactivated poliovirus /不活化ポリオ _____time(s)/回 _____time(s)/回 Vắc xin MR _____ lần _____ lần
/MR vaccine/MR _____time(s)/回 _____time(s)/回 Viêm gan A/Hepatitis A _____ lần _____ lần
/A型肝炎 _____time(s)/回 _____time(s)/回
- Thủy đậu _____ lần _____ lần
/Chickenpox/水痘 _____time(s)/回 _____time(s)/回 Bệnh sởi/Measles _____ lần _____ lần
/麻疹 _____time(s)/回 _____time(s)/回 Bệnh viêm não Nhật _____ lần _____ lần
/Japanese encephalitis /日本脳炎 _____time(s)/回 _____time(s)/回
- Bệnh rubella/Rubella/風疹 _____ lần _____ lần
/time(s)/回 /time(s)/回 MMR _____ lần _____ lần
/time(s)/回 /time(s)/回 Vắc xin khác/Other(s) _____ lần _____ lần
/その他のワクチン : _____time(s)/回 _____time(s)/回

Nếu bạn có yêu cầu đặc biệt liên quan đến việc tư vấn, hãy đánh dấu vào ô này.

/If you have a special request concerning the consultation, check the box.

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- Tôi muốn được thông báo trước về chi phí y tế ước tính của mình.
/I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- Tôi muốn có một thông dịch viên nếu có dịch vụ thông dịch viên.
/I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- Khác/Other(s)/その他 :

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されており、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。
This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

Tài liệu này được soạn thảo dưới sự giám sát của các bác sĩ, chuyên gia pháp lý, v.v..Trong trường hợp có sự khác biệt trong cách giải