

## Bảng câu hỏi nha khoa/Dental Questionnaire/歯科問診票

Tên bệnh nhân / Name of patient /患者氏名		Chỉ dành cho nhân viên /For staff only /医療機関記入欄	BT= °C
Ngày sinh /Date of birth /生年月日 (西暦)	Năm /Year/年 ( Tháng /Month/月 Ngày /Day/日 Tuổi/Years old/歳)		PR= Phút/min./分/
Cân nặng/ Chiều cao/ Height/Weight/身長・体重	cm kg	Giới tính/Sex/性別	BP= /mmHg
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:		RR= Phút/min./分/
			SPO2= %
			<input type="checkbox"/> Nam/Male/男性 <input type="checkbox"/> Nữ/Female/女性

Hôm nay có vấn đề gì vậy? (Đánh dấu tất cả những gì áp dụng.)/What is the problem today? (Check all that apply.)  
/本日はどのような症状で来られましたか。(複数ある方は複数回してください。)

- |   |   |  |  |   |   |
|---|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bệnh đau răng<br>/Toothache/歯痛   | <input type="checkbox"/> Đau nướu răng<br>/Gum pain/歯茎の痛み                     | <input type="checkbox"/> Đau hàm<br>/Jaw pain/顎の痛み     | <input type="checkbox"/> Mất miếng trám răng<br>/Loss of a tooth filling<br>/詰め物がとれた | <input type="checkbox"/> Răng lung lay<br>/Loose teeth<br>/歯がグラグラする | <input type="checkbox"/> Chảy máu nướu răng<br>/Bleeding from the gum<br>/歯茎からの出血 |
| <input type="checkbox"/> Răng giả lỏng/chật<br>/Loose/tight dentures<br>/入れ歯が合わない   | <input type="checkbox"/> Khô miệng<br>/Dry mouth/口が渴く                         | <input type="checkbox"/> Loét miệng<br>/Oral ulcer/口内炎 | <input type="checkbox"/> Sưng miệng<br>/Oral swelling/できもの                           | <input type="checkbox"/> Đau lưỡi<br>/Tongue pain/舌痛                |   |
| <input type="checkbox"/> Mùi miệng<br>/Oral odor/口臭   | <input type="checkbox"/> Vấn đề về răng cắn<br>/Dental bite problem<br>/かみ合わせ | <input type="checkbox"/> Mảng bám<br>/plaque/歯石        | <input type="checkbox"/> Làm trắng răng<br>/Teeth whitening<br>/歯を白くしたい              | <input type="checkbox"/> Căn chỉnh răng<br>/Teeth alignment<br>/歯並び |   |
| <input type="checkbox"/> Tôi được một phòng khám/bệnh viện khác (hoặc khi khám sức khỏe định kỳ) khuyến nghị nên đến đây.<br>/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"/> Khác/Other(s)<br>/その他:   |   |  |  |   |   |

Triệu chứng bắt đầu khi nào?/When did the symptom start?  
/上記症状はいつからありますか。

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

Bạn có gặp vấn đề gì với việc điều trị trước đó không?/Have you had any problems with previous treatment?  
/今までの治療をした時に、何か異常はありませんでしたか。

- |   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Không/No<br>/いいえ | <input type="checkbox"/> Có/Yes<br>/はい | <b>*Nếu bạn đã chọn "Có", hãy chọn các mục áp dụng sau.<br/>/If you checked "Yes", check the following items that apply.<br/>/「はい」に印された方は下の当てはまるものに、印してください。</b> |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Gặp khó khăn khi gây mê<br>/Had difficulty with anesthesia<br>/麻酔が効きにくかった   | <input type="checkbox"/> Có cơn sốt<br>/Had a fever/熱が出た | <input type="checkbox"/> Gặp khó khăn trong việc cầm máu<br>/Had difficulty stopping bleeding<br>/血が止まりにくかった |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Khác/Other(s)/その他:  |  |  |  |

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Không/No<br>/いいえ | <input type="checkbox"/> Có/Yes<br>/はい | <b>*Cho chúng tôi xem thuốc hoặc hồ sơ dùng thuốc của bạn (sổ ghi chép).<br/>/Show us your medication or medication record (notebook).<br/>/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。</b> |
|---|--|--|

	Tên thuốc /Name of medications /お薬の名前/	Cách dùng hoặc sử dụng thuốc của bạn /How to take or use your medication /飲み方・使い方		Tên thuốc /Name of medications /お薬の名前/	Cách dùng hoặc sử dụng thuốc của bạn /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

**Trước đây bạn có hoặc đã từng được bác sĩ chăm sóc không?/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past? /現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?**

Không/No /いいえ  Có/Yes /はい

Nếu bạn chọn "Có", hãy chọn tình trạng từ danh sách và viết tên bệnh viện nơi bạn được điều trị.  
/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.  
/「はい」に印した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Tên bệnh (Viết số từ danh sách sau) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Tiến trình điều trị/ Treatment progress /治療経過	Tên bệnh viện/ Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Đã phục hồi/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> Đang điều trị/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Hủy điều trị/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Chưa điều trị/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Đã phục hồi/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> Đang điều trị/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Hủy điều trị/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Chưa điều trị/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Đã phục hồi/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> Đang điều trị/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Hủy điều trị/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Chưa điều trị/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Đã phục hồi/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> Đang điều trị/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Hủy điều trị/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Chưa điều trị/Untreated/未治療	

< Danh sách bệnh/List of diseases/疾患リスト >

Hệ thống bệnh /System of disease/疾患の系統	Tên bệnh/Disease names /疾患名
① Bệnh tiêu hóa /Digestive disease /消化器系の疾患	a. Loét dạ dày tá tràng /Peptic ulcer/消化器潰瘍 b. Viêm gan /Hepatitis/肝炎 c. Xơ gan /Hepatic cirrhosis/肝硬化 d. Khác/Others/その他
② Bệnh hệ tuần hoàn /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Tăng huyết áp /Hypertension/高血圧 b. Đau thắt ngực/nhồi máu cơ tim /Angina pectoris /myocardial infarction/狭心症・心筋梗塞 c. Rối loạn nhịp tim /Arrhythmia/不整脈 d. Suy tim /Heart failure/心不全 d.Khác/Others/その他
③ Bệnh hô hấp /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Hen suyễn /Asthma/喘息 b. Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính /Chronic obstructive pulmonary disease/慢性閉塞性肺疾患 c. Viêm phổi /Pneumonia/肺炎 d. Bệnh lao phổi /Pulmonary tuberculosis/肺結核 d.Khác/Others/その他
④ Bệnh thận và tiết niệu /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Suy thận mạn tính /Chronic renal failure/慢性腎不全 b. Sỏi thận/tiết niệu /Renal/urinary stone/腎・尿管結石 c. Nhiễm trùng đường tiết niệu /Urinary tract infection/尿路感染症 d.Khác/Others/その他
⑤ Bệnh não và hệ thần kinh /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Nhồi máu não /Cerebral infarction/脳梗塞 b. Xuất huyết não /Cerebral hemorrhage/脳出血 c. Động kinh /Epilepsy/てんかん d.Khác/Others/その他
⑥ Bệnh nội tiết hoặc chuyển hóa /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Đái tháo đường /Diabetes mellitus/糖尿病 b. Tăng mỡ máu /Hyperlipidemia/高脂血症 c. Sự cố tuyến giáp /Thyroid gland malfunction/甲状腺機能障害 d. Tăng axit uric máu /Hyperuricemia/高尿酸血症 d.Khác/Others/その他
⑦ Bệnh về xương hoặc cơ /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Viêm khớp dạng thấp /Rheumatoid arthritis/関節リウマチ b. Loãng xương /Osteoporosis/骨粗鬆症 c. Viêm xương khớp /Osteoarthritis/変形性膝関節症 d. Thoát vị đĩa đệm /Herniated intervertebral discs/椎間板ヘルニア e. Bệnh gout/Gout/痛風 f. Khác/Others/その他
⑧ Bệnh sản phụ khoa /Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. U xơ tử cung /Uterine fibroids/子宮筋腫 b. Đau bụng kinh /Dysmenorrhea/月経困難症 c. Vô sinh /Infertility/不妊症 d.Khác/Others/その他
⑨ Bệnh về mắt/Eye disease /眼の疾患	a. Đục thủy tinh thể /Cataract/白内障 b. Bệnh tăng nhãn áp /Glaucoma/緑内障 c. Bệnh võng mạc /Retinopathy/網膜症 d.Khác/Others/その他
⑩ Khối u ác tính /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Ung thư dạ dày /Stomach cancer/胃癌 b. Ung thư ruột kết /Colon cancer/大腸がん c. Ung thư gan/túi mật/tuyến tụy /Liver/gallbladder/pancreatic cancer/肝臓・胆のう・膵臓がん d. Ung thư vú /Breast cancer/乳がん e. Ung thư tử cung /Uterine cancer/子宮がん f. Ung thư phổi /Lung cancer/肺癌 g. Khác/Others/その他
⑪ Bệnh tâm thần /Mental disease /精神の疾患	a. Trầm cảm /Depression/うつ病 b. Tâm thần phân liệt /Schizophrenia/統合失調症 c. Khác/Others/その他
⑫ Bệnh tai mũi họng /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Làm hại thính giác /Impaired hearing/難聴 b. Chóng mặt /Dizziness/めまい c. Tiếng ồn từ tai /Ear noise/耳鳴 d. Dị ứng phấn hoa /Pollen allergy/花粉症 e. Khác/Others/その他
⑬ Bệnh máu /Blood disease /血液の疾患	a. Thiếu máu/Anemia/貧血 b. Bệnh bạch cầu /Leukemia/白血病 c. Khác/Others/その他
⑭ Bệnh ngoài da /Skin disease /皮膚の疾患	a. Viêm da dị ứng /Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎/ b. Tinea (chân của vận động viên) /Tinea (athlete's foot)/白癬症 (水虫) c. Khác/Others/その他

## Bạn đã từng phẫu thuật chưa?/Have you ever had surgery?

/今までに手術をしたことがありますか

- Không/No  
/いいえ
- Có/Yes  
/はい

Nếu bạn chọn "Có", hãy viết lịch sử phẫu thuật của bạn.  
/If you checked "Yes", write the history of your surgery.  
/「はい」に印した方は下に手術歴を書いてください。

Tên bệnh/Disease names /疾患名	Tên ca phẫu thuật của bạn /Name of your surgery /手術名	Thời điểm bạn phẫu thuật /When you had the surgery /手術をした時期	Bệnh viện bạn phẫu thuật /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

Nếu bạn không chắc chắn về ngày phẫu thuật chính xác, hãy viết năm hoặc tuổi.

/If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.

/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

## Bạn có hút thuốc thường xuyên không?/Do you smoke regularly?

/習慣的に、たばこを吸いますか。

- Không/No  
/いいえ
- Có/Yes  
/はい
- Đã từng hút thuốc lá/Used to smoke  
/以前吸っていた

Tiêu thụ thuốc lá /Cigarette consumption/喫煙量	Thời gian hút thuốc/Duration of smoking /喫煙期間	Năm bạn ngừng hút thuốc /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ Điều thuốc/ ngày cigarettes/Day 本/日	_____ Năm/Year/年	_____ Năm/Year/年 _____ Tháng/Month/月

\*Nếu bạn vẫn còn thói quen hút thuốc, hãy để trống trong câu hỏi về năm bạn ngừng hút thuốc.

/If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.

/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

## Bạn có uống rượu thường xuyên không?/Do you drink regularly?

/習慣的にお酒を飲みますか。

- Không/No  
/いいえ
- Có/Yes  
/はい
- Đã từng uống thường xuyên/Used to drink regularly  
/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Bia/Beer/ビール _____ ml/Ngày/Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/Whisky _____ ml/Ngày/Day/日
<input type="checkbox"/> Rượu /Japanese sake/日本酒 _____ ml/Ngày/Day/日	<input type="checkbox"/> Rượu vang/Wine _____ ml/Ngày/Day/日
<input type="checkbox"/> Khác/Other(s)/その他 _____ ml/Ngày/Day/日	

## Nếu là nữ, hãy trả lời các câu hỏi bên dưới. Bạn đang mang thai, hoặc có thể đang mang thai?

/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?

/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

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

## Bạn đang cho con bú sữa mẹ?/Are you breastfeeding?

/現在、授乳中ですか

- Không/No  
/いいえ
- Có/Yes  
/はい

## 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ますが、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.

Bản dịch tiếng Anh này được chuẩn bị dưới sự giám sát của các bác sĩ, chuyên gia pháp lý hoặc những người khác. Khi có bất kỳ sự khác biệt nào trong cách diễn giải phát sinh do sự khác biệt