

Bảng câu hỏi nội khoa
/Internal Medicine Questionnaire/内科 問診票

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

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

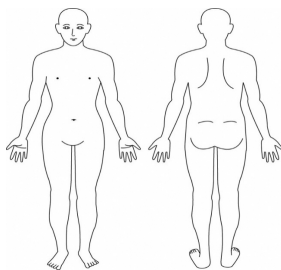
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sốt
/Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> Ho/Cough
/咳 | <input type="checkbox"/> Sổ mũi/Runny nose
/鼻水 | <input type="checkbox"/> Đờm/Phlegm/痰 | <input type="checkbox"/> Khó thở
/Difficulty breathing
/息が苦しい | <input type="checkbox"/> Đánh trống ngực
/Palpitation/動悸 |
| <input type="checkbox"/> Cảm thấy yếu
/Feel sluggish
/身体がだるい | <input type="checkbox"/> Dễ mệt mỏi
/Get easily tired
/疲れやすい | <input type="checkbox"/> Khó thở/Shortness
of breath/息切れ | <input type="checkbox"/> Chóng mặt
/Dizziness/めまい | <input type="checkbox"/> Chán ăn
/Loss of appetite
/食欲がない | <input type="checkbox"/> Nôn mửa
/Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Phân có máu
/Bloody stool
/血便 | <input type="checkbox"/> Đi tiểu thường xuyên
/Frequent urination
/頻尿 | <input type="checkbox"/> Nước tiểu có máu
/Bloody urine/血尿 | <input type="checkbox"/> Giảm cân/Weight
loss/体重減少 | <input type="checkbox"/> Cảm thấy khát
/Feel thirsty
/喉が渇く | <input type="checkbox"/> Huyết áp cao
/Hypertension
/高血圧 |
| <input type="checkbox"/> Tê liệt
/Paralysis/麻痺 | <input type="checkbox"/> Sưng tấy
/Swelling/むくみ | <input type="checkbox"/> Phát ban / Hives
/じんましん | <input type="checkbox"/> Mất ngủ
/Insomnia/不眠 | <input type="checkbox"/> Tê/Numbness
/しびれ | <input type="checkbox"/> Buồn nôn
/Nausea/吐き気 |
| <input type="checkbox"/> Tiêu chảy
/Diarrhea/下痢 | <input type="checkbox"/> Ngứa
/Itchiness/かゆみ | <input type="checkbox"/> Đau/Pain/痛み | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Khác/Other(s)
/その他: |
- Tôi được mời phòng khám/bệnh viện khác (hoặc khi khám sức khỏe định kỳ) khuyến nên đến đây.
If you 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)

Kiểm tra tất cả những mục áp dụng cho phân của bạn./Check all that apply about your stool.
/便の性状に☑してください。

- | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Màu xám trắng
/Grayish white
/灰白色 | <input type="checkbox"/> Màu nâu/Brown
/茶色 | <input type="checkbox"/> Màu đen/Black
/黒色 | <input type="checkbox"/> Có máu/Bloody
/血便 | <input type="checkbox"/> Có nước/Watery
/水様 | <input type="checkbox"/> Mềm/Soft/軟便 |
| <input type="checkbox"/> Bình thường
/Normal/普通 | <input type="checkbox"/> Cứng/Hard
/硬い便 | *Tần suất phân mỗi ngày _____ lần/ngày
/Stool frequency per day/一日の排便回数: /time(s)/day/回/日 | | | |

Mô tả các triệu chứng bạn./Describe your symptoms.
/症状についてご質問します。

Hãy khoanh tròn khu vực bạn 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。



Khi nào triệu chứng xuất hiện?/When does the symptom occur?
/症状はどのようなときに現れますか。

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Buổi sáng
/Morning/朝 | <input type="checkbox"/> Ban ngày
/Daytime/昼 | <input type="checkbox"/> Buổi tối
/Evening/夕方 | <input type="checkbox"/> Đang ngủ
/While in bed/就寝中 |
| <input type="checkbox"/> Khi thức dậy
/When waking up/起床時 | <input type="checkbox"/> Không thường
xuyên
/Irregular/不定期 | <input type="checkbox"/> Khác/Other(s)
/その他: | |

Triệu chứng như thế nào?/What is the symptom like?
/症状はどのような性質を持っていますか。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Liên tục/Constant/絶え間なく、続いている | <input type="checkbox"/> Triệu chứng đến rồi đi/The symptom comes and goes
/症状が出たり消えたりしている |
| <input type="checkbox"/> Càng ngày càng tệ hơn/The symptom is gradually worsening
/徐々にひどくなってきている | <input type="checkbox"/> Khác/Other(s)/その他 |

Nếu bạn mô tả triệu chứng theo thang điểm từ 1 - 10 thì mức độ nghiêm trọng như thế nào? Hãy khoanh tròn vào số bên dưới.
/If you describe the symptom on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.
/その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか?下の数字のところに○を付けてください。



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 Tháng Ngày Từ khoảng/From about _____ : _____ sáng/am/ chiều/pm
/Year /Month /Day 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			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

Bạn hiện đang được điều trị bệnh hay đã từng được điều trị trước đây?
/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 trả lời “Có”, vui lòng chọn tên bệnh trong danh sách và ghi tên cơ sở y tế nơi bạn đã 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」に口した人は、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 (Liệt kê số theo danh sách bên dưới) /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 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	
	<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	
	<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	
	<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	

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

Các chủng bệnh/System of disease /疾患の系統	Tên bệnh/Disease names /疾患名
① Bệnh hệ tiêu hóa /Digestive disease /消化器系の疾患	a. Loét đường tiêu hóa a/Peptic ulcer /消化器潰瘍 b. Viêm gan/Hepatitis /肝炎 c. Xơ gan /Hepatic cirrhosis /肝硬変 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 p/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 e. Khác/Others/その他
③ Bệnh đường 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 e. Khác/Others/その他
④ Các bệnh về thận và hệ 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 Các bệnh về 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 Các bệnh về hệ nội tiết và 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. Rối loạn chức năng tuyến giáp /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. Tăng axit uric máu /Hyperuricemia /高尿酸血症 e. Khác/Others/その他
⑦ Bệnh về xương và 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 đầu gối /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/胃がん b. Ung thư đại tràng /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. Mất thính lực /Impaired hearing /難聴 b. Chóng mặt /Dizziness/めまい c. Ù tai /Ear noise/耳鳴 d. Dị ứng phấn hoa /Pollen allergy/花粉症 e. Khác/Others/その他
⑬ Bệnh về 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. Bệnh nấm ngoài da (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 trả lời "Có", vui lòng viết tiền sử phẫu thuật của bạn bên dưới.
/If you checked "Yes", write the history of your surgery.
/「はい」に☑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	Khi bạn phẫu thuật /When you had the surgery /手術をした時期	Cơ sở y tế nơi phẫu thuật được thực hiện /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

*Nếu bạn không biết chính xác ngày phẫu thuật, bạn cũng có thể sử dụng "tuổi" hoặc "năm phẫu thuật".
/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 thường xuyên hút thuốc 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/Used to smoke /以前吸っていた

Lượng thuốc lá tiêu thụ /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/Ngày cigarettes/Day 本/日	_____ Năm/Year/年	_____ Năm/Year/年 _____ Tháng/Month/月

*Nếu bạn vẫn hút thuốc, vui lòng để trống 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 Tôi từng có thói quen uống rượu./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"/> Rượu Whisky/Whisky /ウイスキー _____ ml/Ngày/Day/日
<input type="checkbox"/> Sake Nhật /Japanese sake/日本酒 _____ ml/Ngày/Day/日	<input type="checkbox"/> Rượu vang/Wine /ワイン _____ 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 dưới đây: 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 Tôi không biết/Do not know/わからない

Hiện tại bạn có đang cho con bú không?/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.

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 thích do sự khác biệt về ngôn ngữ hoặc hệ thống giữa Nhật Bản và các quốc gia khác thì tiếng Nhật sẽ được ưu tiên.