

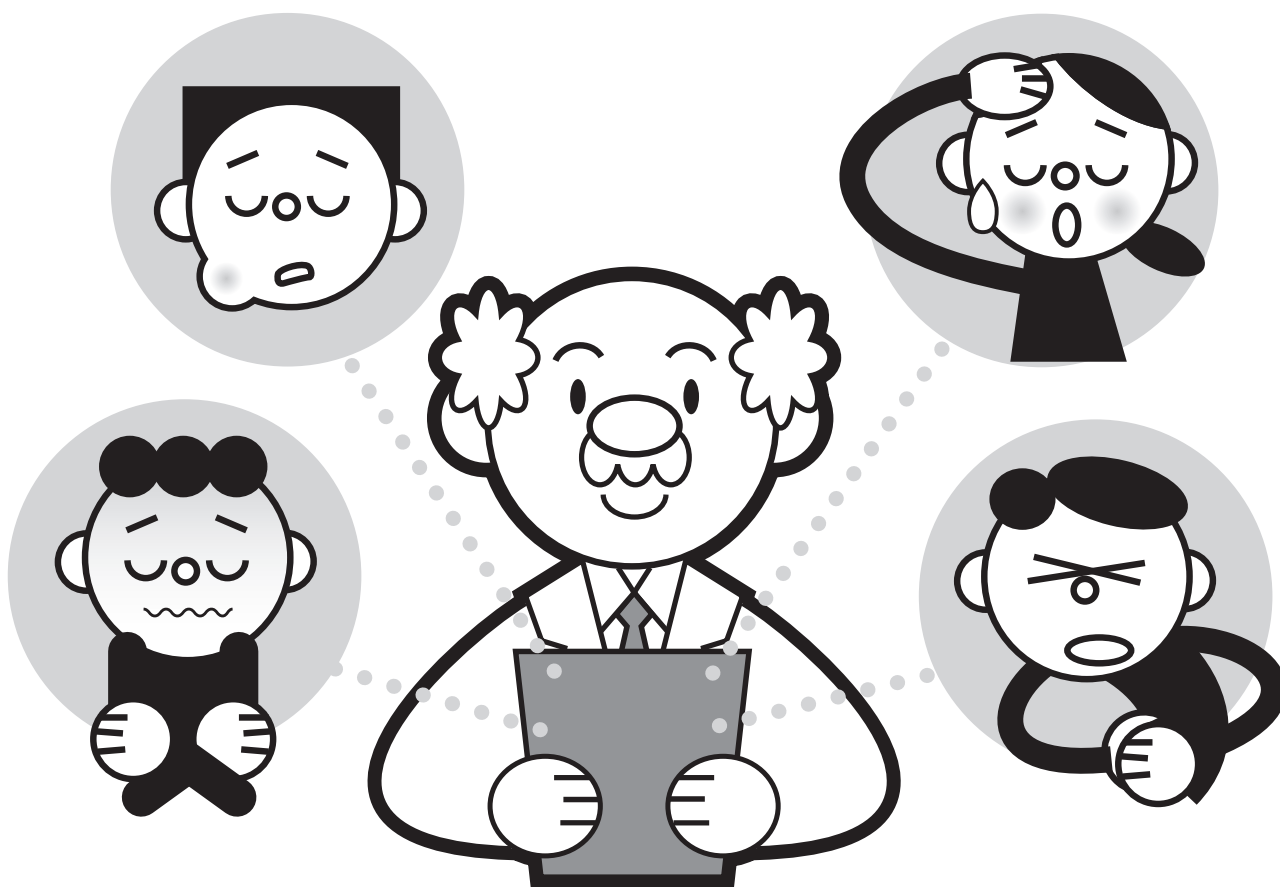
Dành cho tu nghiệp kỹ năng thực tập sinh nước ngoài
外国人技能実習生のための

Bảng tự khai báo cho cơ quan y tế

医療機関への自己申告表

Phiếu hỏi khám bổ sung

補助問診票



(Dành cho tu nghiệp kỹ năng thực tập sinh nước ngoài)
(外国人技能実習生のための)

Bảng tự khai báo cho cơ quan y tế

医療機関への自己申告表

Ngày ghi Năm tháng Ngày
記入日 年 月 日

Đây là “các mục cần thiết tại nơi đăng ký” và “phiếu hỏi khám bổ sung” dùng để khai tại bệnh viện. Hãy điền, đánh dấu √ vào các ô thích hợp và nộp bảng này tại cửa đăng ký của bệnh viện.

病院へ申告するための「受付窓口での必要事項」と「補助問診票」です。予め記入し、該当する□に√印を付け、受付窓口に提出して下さい。

Bảng các điều cần thiết phải đăng ký tại cửa đăng ký

受付窓口での必要事項

(1)	HỌ VÀ TÊN : 名前	:	
(2)	Giới tính : 性別	:	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ 男 女
(3)	Ngày tháng năm sinh: 生年月日	:	Năm Tháng Ngày 年 月 日
(4)	Tuổi : 年齢	:	
(5)	Quốc tịch : 国籍	:	
(6)	Địa chỉ nhà : 住所	:	
(7)	Số điện thoại : 電話番号	:	
(8)	Nơi liên lạc 連絡先	:	
	Tên cơ quan : 企業名	:	
	Họ và tên người quản lý : 担当者名	:	
	Số điện thoại : 電話番号	:	

(9) Bạn muốn khám ở khoa nào?

何科を受診しますか。

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Khoa nội
内科 | <input type="checkbox"/> Khoa ngoại
外科 | <input type="checkbox"/> Khoa chấn thương và chỉnh hình
整形外科 |
| <input type="checkbox"/> Khoa mắt
眼科 | <input type="checkbox"/> Khoa tai mũi họng
耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> Khoa răng hàm mặt
歯科 |
| <input type="checkbox"/> Khoa tiết niệu
泌尿器科 | <input type="checkbox"/> Khoa sản
産婦人科 | <input type="checkbox"/> Khoa da liễu
皮膚科 |
| <input type="checkbox"/> Khoa tim mạch /Khoa thần kinh
心療内科・精神科 | | <input type="checkbox"/> Khoa cấp cứu
救急外来 |
| <input type="checkbox"/> Ngoài ra
その他 | <input type="checkbox"/> Không biết
わかりません | |

(10) Bạn đến Nhật Bản khi nào?

いつ日本に来ましたか。

Năm	Tháng	Ngày
年	月	日

(11) Bạn có thể nói được tiếng Nhật không?

日本語は話せますか。

- | | | |
|--------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vâng, nói được
はい | Chỉ có thể hiểu những từ đơn giản.
簡単な日本語は分かります。 | Không, không nói được
いいえ |

(12) Về tiền viện phí

医療費について

Tôi có tham gia bảo hiểm sức khỏe (Bảo hiểm y tế quốc dân).
健康保険(国民健康保険)に加入しています。

()

Số thẻ bảo hiểm sức khỏe (Bảo hiểm y tế quốc dân) của tôi là
健康保険(国民健康保険)証番号

Tôi không tham gia bảo hiểm sức khỏe (Bảo hiểm y tế quốc dân), cho nên tôi sẽ tự thanh toán hết toàn bộ viện phí.
健康保険(国民健康保険)に加入していないので、全額自費で払います。

Đây là sự cố, tai nạn, cho xin đăng ký bảo hiểm lao động.
労災事故であり、労災保険の申請をします。

Ngày ghi :
記入日

Năm
年

Tháng
月

Ngày
日

Phiếu hỏi khám bổ sung 補助問診票

I Về tiền sử thành phần gia đình 家族歴について

Ngày cả trong số những người thân đã mất, nếu người nào có các triệu chứng như dưới đây thì
khoanh tròn vào ô vuông.
亡くなった方も含めて家族にも以下の症状があれば、□の周りを○で囲んで下さい。

II Tiền sử bệnh tật 既往症について

- (1) Cho đến nay, bạn đã từng có bệnh tật gì chưa? □ Vâng, có □ Không có
今まで病気にかかったことはありますか。 はい いいえ

Trường hợp trả lời “Vâng có”, hãy đánh dấu √ vào các chỗ thích ứng.
「はい」と答えた場合、該当するものに、√印を付けて下さい。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bệnh về đường khí quản hô hấp
呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> Bệnh về đường tiêu hóa
消化器の病気 |
| <input type="checkbox"/> Bệnh cao huyết áp
高血圧症 | <input type="checkbox"/> Bệnh về tim mạch
心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> Bệnh về đường tiết niệu
泌尿器の病気 | <input type="checkbox"/> Bệnh sản phụ
婦人科の病気 |
| <input type="checkbox"/> Bệnh truyền nhiễm
感染症 | <input type="checkbox"/> Bệnh dị ứng
アレルギー疾患 |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần
心の病気 | |

Nếu có các bệnh tật khác, xin vui lòng ghi vào : ()
その他あれば、記入して下さい。

- (2) Hiện nay, bạn có đang uống thuốc một cách định kỳ hay không? □ Vâng, có □ Không có
現在、定期的に飲んでる薬がありますか。 ある ない

Trường hợp trả lời “Vâng có”, hãy đánh dấu √ vào các chỗ thích ứng.
「ある」と答えた場合、該当するものに、√印を付けて下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Thuốc điều trị bệnh về đường hô hấp
呼吸器病の治療薬 | <input type="checkbox"/> Thuốc điều trị bệnh về đường tiêu hóa
消化器病の治療薬 |
| <input type="checkbox"/> Thuốc điều trị bệnh cao huyết áp
高血圧の治療薬 | <input type="checkbox"/> Thuốc điều trị bệnh về tim mạch
心臓病の治療薬 |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thuốc ngủ
睡眠薬 | <input type="checkbox"/> Thuốc an thần
精神安定剤 |
| <input type="checkbox"/> Thuốc đem từ Việt Nam sang.
母国から持ってきた。 | <input type="checkbox"/> Các loại thuốc khác
その他 |

Nếu bạn biết tên thuốc, vui lòng ghi rõ () thuốc vào đây.
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

- (3) Từ trước đến nay, sau khi uống thuốc, hoặc tiêm thuốc xong, bạn có nổi mẩn đỏ hay có triệu chứng khó chịu, cơ thể không khỏe hay không?

今まで薬を飲んだり、注射をした後に、皮膚に発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vâng, có
ある | <input type="checkbox"/> Không có
ない |
|---|---|

Trường hợp trả lời “Vâng có”, hãy đánh dấu √ vào các chỗ thích ứng.
「ある」と答えた場合、該当するものに、√印を付けて下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Thuốc thuộc dòng Pyrine
ピリン系の薬 | <input type="checkbox"/> Các chất kháng sinh
抗生物質 |
| <input type="checkbox"/> Thuốc gây mê
麻酔薬 | <input type="checkbox"/> Các loại khác
その他 |

Nếu bạn biết tên thuốc, vui lòng ghi rõ () thuốc vào đây.
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

III Về các loại rượu bia và thuốc lá 酒またはタバコについて

- (1) Bạn có uống bia rượu không?

お酒を飲みますか。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vâng, có
はい | <input type="checkbox"/> Không có
いいえ |
|---|--|

Trường hợp trả lời “Vâng có”, hãy đánh dấu √ vào các chỗ thích ứng.
「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

Thông thường 1 lần, bạn uống số lượng bao nhiêu?

1 回に飲む量は、主に

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. ____ lon bia
ビール ____ 本 | 2. ____ ml rượu Nhật Bản
日本酒 ____ ml |
| 3. ____ rượu lúa mạch
焼酎 ____ ml | |
| 4. Các loại khác ()
その他 | |

- (2) Bạn có hút thuốc lá không?

たばこを吸っていますか。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vâng, có (khoảng ____điều/ngày)
はい (一日に約 ____本) | <input type="checkbox"/> Không có
いいえ |
|---|--|

IV Bạn bị làm sao ?

どうしたのですか。

Tôi không được khỏe, nên đã đến đây.

体の調子が悪いので、来ました。

Vì tôi bị thương, nên đến đây.

ケガをしたので、来ました。

Khi đi khám sức khỏe, tôi bị phát hiện có dấu hiệu không bình thường, nên đến đây.

健康診断で異常がみつかりましたので、来ました。

(1) Bệnh trạng tổng thể

体全体の症状

Tôi bị sốt. Nhiệt độ là ____ độ.

熱があります。熱が ____ 度あります。

Tôi cứ bị mệt mỏi mãi không dứt.

疲れがとれない。

Cơ thể tôi uể oải, ỳ ỉ.

体がだるいのです。

Tôi rất dễ bị cảm sốt.

風邪をひきやすいです。

Tôi bị chóng váng mặt mày.

めまいがします。

Tôi hay bị mất ngủ, và hay tỉnh dậy rất sớm.

寝つきが悪かったり、朝早く目が覚めたりします。

Tôi thường hay có cảm giác chán nản, và bị trầm uất.

気持ちが落ち込み、ゆううつです。

Tôi không thể vui vẻ được với những thú vui của tôi từ trước đến nay.

今まで楽しめていたことが楽しめません。

Các triệu chứng khác

その他

(2) Tình trạng này có từ ____ ngày trước đây.

症状は、 ____ 日前からです。

V Hãy đánh dấu √ vào các nơi dị thường của các bộ phận trên cơ thể

√ 印を付けた体の部位に異常があります。

1. Đầu/Mặt

頭・顔

2. Mắt

目

3. Tai

耳

4. Mũi

鼻

5. Miệng

口

6. Răng

歯

7. Cổ họng

のど

8. Vùng cổ và vai

首・肩

9. Ngực

胸

10. Dạ dày

胃

11. Vùng bụng

腹

12. Hậu môn/Cơ quan tiết niệu/Bộ phận sinh dục

肛門・泌尿器・生殖器

13. Lưng/Hông

背・腰

14. Bàn tay / cánh tay / chân / khớp xương

手・腕・足・関節

15. Da

皮膚

VI Hãy đánh dấu √ vào các ô dưới đây để trả lời về việc bạn có bị đau không?

Vで√印を付けた部位に、痛みがありますか。

Vâng, có đau

痛みがあります。

Không

痛みはありません。

“Trường hợp trả lời: Vâng, có đau” thì vui lòng điền các thông tin vào các nơi tương thích dưới đây.

「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

Tôi bắt đầu bị đau từ cách đây ____ ngày về trước/hoặc là ____ giờ đồng hồ về trước.

その痛みは、 ____ 日前又は ____ 時間前から始まりました。

VII 1. Vùng Đầu/Mặt

頭/顔

Vùng Đầu

頭

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Đau bề mặt bên ngoài.
表面が痛みます。 | <input type="checkbox"/> Đau vùng bên trong.
内部が痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> Đau theo từng vùng.
部分的に痛みます。 | <input type="checkbox"/> Đau nhói mạnh.
ズキンズキンします。 |
| <input type="checkbox"/> Đau nhẹ, không rõ ràng.
ジーンとした痛みがあります。 | <input type="checkbox"/> Đau giống như bị dồn nén, đè ép.
しめつけるように痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> Có cảm giác đau mạnh.
重く感じます。 | <input type="checkbox"/> Hoa mắt, choáng váng.
くらくらします。 |
| <input type="checkbox"/> Đầu óc nặng trĩu, không thoải mái.
ぼおっとしてすっきりしません。 | <input type="checkbox"/> Các triệu chứng khác
その他 |

Vùng mặt

顔

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nóng, phát nhiệt.
ほてります。 | <input type="checkbox"/> Mặt bị sưng lên.
むくんでいます。 |
| <input type="checkbox"/> Da mặt bị co giật.
ピクピク痙攣します。 | <input type="checkbox"/> Các triệu chứng khác
その他 |

2. Mắt

目

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tôi có cảm giác bị vật lạ rớt vào mắt (phải/trái).
(右・左)に異物感があります。 | |
| <input type="checkbox"/> Mắt (phải/trái) bị mệt mỏi.
(右・左)が痛みます。 | <input type="checkbox"/> Mắt (phải/trái) bị ngứa.
(右・左)がかゆい。 |
| <input type="checkbox"/> Mắt dễ bị mỏi mệt.
疲れやすい。 | |
| <input type="checkbox"/> Mắt (phải/trái) bị tụ huyết.
(右・左)が充血しています。 | |
| <input type="checkbox"/> Khi nhìn có cảm giác khó khăn.
見えにくくなってきました。 | <input type="checkbox"/> Nhìn mọi vật đều thấy thành 2.
ものが二重に見えます。 |
| <input type="checkbox"/> Nhìn mọi vật đều thấy lờ mờ.
かすみます。 | <input type="checkbox"/> Mắt hay bị khô.
かわきます。 |
| <input type="checkbox"/> Các triệu chứng khác
その他 | |

3. Tai

耳

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nghe khó khăn.
聞き取りにくいです。 | <input type="checkbox"/> Tai bị ù. (bên phải/trái)
耳鳴りがします。(右・左) |
| <input type="checkbox"/> Tai (phải/trái) bị đau.
(右・左)が痛みます。 | <input type="checkbox"/> Tai (phải/trái) bị chảy nước.
耳だれが出ます。(右・左) |
| <input type="checkbox"/> Các triệu chứng khác
その他 | |

Trong mục này, nếu có các bệnh trạng tương ứng, xin vui lòng đánh dấu ✓ vào , và nộp tờ khai này tại cửa đăng ký
(この頁に、該当部位があれば、症状に✓印を付けて提出して下さい。)

4. Mũi

鼻

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bị chảy nước mũi.
鼻水が出ます。 | <input type="checkbox"/> Bị nghẹt mũi.
鼻がつまります。 |
| <input type="checkbox"/> Bị chảy máu mũi.
鼻血が出ます。 | <input type="checkbox"/> Bị ngứa ngáy ở bên trong mũi.
鼻の中がかゆい。 |
| <input type="checkbox"/> Các triệu chứng khác
その他 | |

5. Miệng

口

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Miệng bị khô.
乾きます。 | <input type="checkbox"/> Có cảm giác đau ở gò má.
ほほが痛い。 |
| <input type="checkbox"/> Lưỡi bị đau.
舌が痛い。 | <input type="checkbox"/> Bị lở nhiệt ở bên trong miệng.
口内炎が出来ています。 |
| <input type="checkbox"/> Có mùi hôi.
口臭がします。 | <input type="checkbox"/> Có triệu chứng khác
その他 |

6. Răng

歯

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Răng bị đau.
歯が痛い。 | |
| <input type="checkbox"/> Bị tê buốt răng.
冷たいものがしみます。 | |
| <input type="checkbox"/> Lợi răng bị đau.
歯ぐきが痛い。 | <input type="checkbox"/> Lợi răng bị sưng lên.
歯ぐきがはれています。 |
| <input type="checkbox"/> Xuất huyết từ vùng lợi răng.
歯ぐきから出血します。 | <input type="checkbox"/> Bị long răng giả.
歯の詰めものがとれました。 |
| <input type="checkbox"/> Răng bị mẻ, bị sút.
歯が欠けました。 | <input type="checkbox"/> Các triệu chứng khác
その他 |
| <input type="checkbox"/> Tôi chỉ cần được xử lý tạm thời.
応急措置だけして下さい。 | |

7. Họng

のど

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bị đau họng.
痛みます。 | <input type="checkbox"/> Khi uống có cảm giác đau.
ものを飲み込むときに痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> Có gì vướng ở trong họng.
いがらっぽいのです。 | <input type="checkbox"/> Có cảm giác như bị tắc nghẽn ở cuống họng.
何か詰まっている感じがします。 |
| <input type="checkbox"/> Bị khản giọng.
声がかすれます。 | <input type="checkbox"/> Bị ho.
せきが出ます。 |
| <input type="checkbox"/> Có đờm.
痰が出ます。 | <input type="checkbox"/> Có đờm huyết.
血痰が出ます。 |
| <input type="checkbox"/> Các triệu chứng khác
その他 | |

Trong mục này, nếu có các bệnh trạng tương ứng, xin vui lòng đánh dấu ✓ vào , và nộp tờ khai này tại cửa đăng ký
(この頁に、該当部位があれば、症状に✓印を付けて提出して下さい。)

8. Cổ/Vai

首・肩

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cổ bị đau.
首が痛い。 | <input type="checkbox"/> Không thể quay, gập.
首が回らない・曲がらない。 |
| <input type="checkbox"/> Tư thế nằm ngủ bị lệch.
寝違えました。 | <input type="checkbox"/> Vùng sau cổ bị co cứng cơ.
首の後がこります。 |
| <input type="checkbox"/> Không quay được cổ.
むち打ち症になりました。 | <input type="checkbox"/> Vai bị co cứng cơ.
肩がこります。 |
| <input type="checkbox"/> Các triệu chứng khác
その他 | |

9. Ngực

胸

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ngực bị đau.
痛みます。 | <input type="checkbox"/> Tim đập mạnh hơn bình thường.
動悸がします。 |
| <input type="checkbox"/> Có cảm giác bị tức ngực.
圧迫感があります。 | <input type="checkbox"/> Khó thở.
息がしにくいです。 |
| <input type="checkbox"/> Có cảm giác buồn nôn.
吐き気がします。 | <input type="checkbox"/> Bồn chồn, tức ngực, buồn nôn.
胸やけがします。 |
| <input type="checkbox"/> Các triệu chứng khác
その他 | |

10. Dạ dày

胃

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Có cảm giác đau âm ỉ.
鈍い痛みがあります。 | <input type="checkbox"/> Có cảm giác đau như bị kim châm vào.
刺すように痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> Có cảm giác nặng bụng.
重い感じがします。 | <input type="checkbox"/> Thường bị đau vào mỗi lúc đói bụng.
空腹時に痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> Sau khi ăn xong thường bị đau.
食後に痛みます。 | <input type="checkbox"/> Có cảm giác buồn nôn.
吐き気がします。 |
| <input type="checkbox"/> Bị nôn.
吐きました。 | <input type="checkbox"/> Không có cảm giác muốn ăn.
食欲がない。 |
| <input type="checkbox"/> Các triệu chứng khác
その他 | |

11. Bụng

腹

- (Toàn thể/bên phải/bên trái) vùng bụng dưới bị đau.
(全体・右・左)下腹部が痛い。
- (Bên phải/trái) hông bụng bị đau. Đau dữ dội.
(右・左)脇腹が痛い。 ひどく痛みます。
- Có cảm giác đau âm ỉ. Bụng bị đau, có cảm giác buồn nôn.
鈍い痛みがあります。 お腹が痛くて吐き気もします。
- Toàn bộ vùng bụng bị đau giống như bị bóp vào.
腹部全体が絞められるように痛みます。
- Bụng bị trương phình. Đầy bụng, đầy hơi.
お腹がはります。 お腹がゴロゴロします。
- Bị đi tiêu chảy nặng ____ lần/ngày.
ひどい下痢です。一日____回。
- Bị tiêu chảy nhẹ. Bị táo bón ____ ngày/1 lần.
軽い下痢です。 便秘です。____日に1回です。
- Các triệu chứng khác
その他

12. Hậu môn/Tiết niệu/Bộ phận sinh dục

肛門・泌尿・生殖器

- Tòì bị trĩ.
痔があります。 Vùng hậu môn có cảm giác ngứa ngáy.
肛門がかゆいです。
- Đi đại tiện ra máu. Đi tiểu nhiều lần.
便に血が混じります。 尿が近いです。
- Khi đi tiểu tiện thường bị đau. Xuất huyết lúc tiểu tiện.
排尿するときに痛みます。 血尿が出ました。
- Xuất huyết từ bộ phận sinh dục. Bị chảy chất nhờn.
性器から出血します。 おりものがあります。
- Bị đau mỗi khi hành kinh. Chu kỳ kinh không đều.
生理痛があります。 生理が不順です。
- Bị tắt kinh. Vùng âm đạo bị ngứa.
生理がとまりました。 陰部にかゆみがあります。
- Các triệu chứng khác
その他

13. Vùng Lưng và Hông

背・腰

- Tòì bị đau ở lưng. Tòì bị đau ở hông.
背中が痛みます。 腰が痛みます。
- Có cảm giác mệt rã rời ở hông. Khi cử động cơ thể thì bị nhói đau.
腰がだるい。 体を動かすときに痛い。
- Các triệu chứng khác
その他

Trong mục này, nếu có các bệnh trạng tương ứng, xin vui lòng đánh dấu ✓ vào , và nộp tờ khai này tại cửa đăng ký
(この頁に、該当部位があれば、症状に✓印を付けて提出して下さい。)

14. Tay/Cổ tay/Chân/Khớp xương

手・腕・足・関節

- (Tay/Chân) bị đau.
(手・足)が痛みます。
- (Tay/Chân) có cảm giác bị tê cứng.
(手・足)がしびれています。
- Chân có triệu chứng bị chuột rút.
足がつります。
- Chân bị sưng tấy.
足がむくんでいます。
- Tay và chân có cảm giác lạnh.
手足が冷たく感じます。
- Tay/Chân/Ngón tay bị bong gân.
手・足・指をくじきました。
- Các khớp xương không gập/ duỗi được.
関節が曲がりません・伸びにくいです。
- Các triệu chứng khác
その他

15. Da liễu

皮膚

- Có cảm giác ngứa.
かゆいです。
- Bị đau.
痛いです。
- Da bị sưng.
おできができました。
- Bị nổi mề đay.
発疹が出ました。
- Các triệu chứng khác
その他

JITCO