

Ngày khám じゅしんび
j受診日

Phiếu Chẩn vấn

Phần ngực- Số thứ tự きょうぶ ばんごう
胸部番号Số ghi danh うけつ ばんごう
受付番号

Hãy điền vào phần khung có viền đậm

Họ tên	Phiên âm hiragana	Giới tính	Địa chỉ:
	Ngày tháng năm sinh (Ngày tháng năm (DLịch))	Nam • Nữ	〒
		Số ĐT: ()	

※ (Câu hỏi dành cho các quý vị là nữ) Hiện tại, chị có mang thai không (bao gồm cả trường hợp nghi ngờ có thai)? Không • Có

Lý lịch gia đình	Có ai trong gia đình anh (chị) đã từng bị ung thư không? Không • Có		Tên bệnh:	
	Cha	Mẹ		
	Anh	Em trai	Chị	Em gái

Lý lịch mắc bệnh	Anh (chị) có từng mắc phải các bệnh sau không? Không • Có (Nếu "Có", hãy trả lời luôn phần phía dưới)		
	Ho lao Viêm phổi Viêm màng phổi Hen suyễn Bệnh bụi phổi silic Bệnh bụi phổi Bệnh về tim		
	Viêm dạ dày Loét dạ dày Loét tá tràng Bệnh co thắt dạ dày Bệnh gan Bệnh viêm túi mật Bệnh sỏi mật		
	Bệnh vàng da Bệnh sỏi thận Bệnh khác ()		
	Mắc phải khi nào?	Năm (Dương lịch) Vào khoảng năm () kéo dài () năm	
	Đã chữa hết chưa?	Năm (Dương lịch) Vào khoảng năm () tháng (), chữa trị mất () tháng	
	Có từng phẫu thuật không?	Có lúc () tuổi	tên bệnh ()
	Không		

Lý lịch hút thuốc	Anh (chị) có hút thuốc không?		
	1. Hiện tại đang hút.	hút từ lúc () tuổi ~	1 ngày hút () điếu
	2. Lúc trước đã từng hút.	hút từ lúc () tuổi ~ () tuổi	1 ngày hút () điếu
	3. Không hút thuốc.		

Bệnh đang mắc phải	Không • Có (Tên bệnh đang chữa trị từ tháng năm)
--------------------	---

★ Anh (chị) có đồng ý với giấy "Về việc sử dụng các thông tin cá nhân" ở mặt sau không?

Có / Không

Điều tra để chẩn đoán hệ hô hấp (Ung thư phổi • Ho lao)

Lý lịch về nghề nghiệp	Anh (chị) có từng làm việc ở những nơi sau không? Không • Có (Nếu có, hãy điền vào cả khung bên dưới)						
	Hàn điện	Cắt, tiện đá	Gia công đá	Chế tạo thủy tinh	Cắt sợi khoáng silicat	Làm ở hầm mỏ	Đúc tiền kim loại
	Làm gốm	Xây dựng-đập nhà	Lao động tay chân ngoài trời	Gom, vận chuyển rác	Thủy thủ, Công việc trên tàu		
	Đóng tàu thuyền	Sửa chữa xe	Chế tạo dược phẩm hóa học	Dệt, đan, thêu	Công việc khác ()		
	Thời gian đã làm công việc trên: từ năm () đến năm ()						

Các triệu chứng bệnh đang có hiện tại	Hãy trả lời về các triệu chứng bệnh sau đây:		
	1. Ho liên tục hơn 1 tháng	.....	Không • Có
	2. Có đàm ra liên tục hơn 1 tháng	.....	Không • Có
	3. Trong đàm có lẫn máu	.....	Không • Có
	↳ Trường hợp "Có" ... Từng bị trong vòng 6 tháng	.....	Không • Có
	4. Ngực đau kéo dài	.....	Không • Có
	5. Bị ngộp thở	.....	Không • Có

Năm ngoái, anh (chị) có kiểm tra chụp x-quang phổi lần nào không? **Không • Có** → Kết quả (Bình thường • Cần phải kiểm tra chi tiết lại)

Tên của cơ quan y tế đã làm Kiểm tra chi tiết → (Hội phòng tránh ho lao • Cơ quan y tế khác:)

けんご 言語 (ベトナム 語)