

【GIẤY TƯ VẤN Y TẾ】

(Dùng cho bệnh nhân cá nhân - Mẫu điền)

Nộp năm _____ tháng _____ ngày _____

1. Thông tin cơ bản

Tên bệnh nhân	Viết hoa không dấu: NGUYEN VAN A Cách đọc bằng tiếng Nhật (kana): グエン ヴァン ア				
Ngày tháng năm sinh	năm _____ tháng _____ ngày _____ (_____ tuổi)	Giới tính	_____	Quốc tịch	_____
Email	_____@_____	SĐT (+mã quốc gia)	+____-____-____-____-____-____		
Hình thức khám	<input type="checkbox"/> Khám lần đầu <input type="checkbox"/> Đã từng tới khám (<input type="checkbox"/> Ngoại trú <input type="checkbox"/> Khám Ningen-dock) Narita ID: _____				
Thời gian lưu trú dự kiến	_____ ~ _____	Loại visa	_____	Nghề nghiệp	_____

2. Thông tin y tế

Tên bệnh/ chấn thương	*Vui lòng điền theo thứ tự muốn ưu tiên điều trị.				
Mục đích khám (Có thể nhiều lựa chọn)	<input type="checkbox"/> Tôi muốn làm các xét nghiệm, thăm dò chức năng, chụp chiếu sau đó nhận được chẩn đoán xác định hoặc giải thích về cách điều trị <input type="checkbox"/> Tôi muốn được điều trị tại Nhật Bản <input type="checkbox"/> Tôi muốn nhận tư vấn y tế ủy quyền/từ xa cho người nước ngoài <input type="checkbox"/> Khác (Trường hợp tư vấn ủy quyền/từ xa, vui lòng nêu rõ câu hỏi cho bác sĩ.) 1. _____ 2. _____ 3. _____				
Tiền sử bệnh & Lịch sử gia đình					
Quá trình triệu chứng & Kết quả khám lâm sàng/xét nghiệm & Quá trình điều trị	Vui lòng mô tả tình trạng sức khỏe hiện tại của bạn (bao gồm các hoạt động sinh hoạt hàng ngày - ADL). Quá trình trước đây (thứ tự từ thời gian cũ nhất): Vào tháng____năm____, tại bệnh viện____, (quốc gia)____, tôi đã đi khám/làm xét nghiệm____ và được chẩn đoán____ (có dữ liệu hình ảnh hay không) Tôi đã được điều trị tại bệnh viện ở (quốc gia)____, từ tháng____năm____đến tháng____năm____ (Nếu đang không điều trị, hãy viết kế hoạch điều trị của bác sĩ tại nơi ở của bạn.) 1. tháng____~tháng____: đã được điều trị____ 2. tháng____~tháng____: đã được điều trị____ <small>* Vui lòng đính kèm bất kỳ tài liệu nào có dịch tiếng Nhật. (Ví dụ: Tóm tắt hồ sơ bệnh án, Báo cáo chẩn đoán v.v)</small>				
Đơn thuốc hiện tại	Tham khảo tài liệu đính kèm____				
Các tài liệu khác	<input type="checkbox"/> Giấy tờ cung cấp thông tin khám chữa bệnh <input type="checkbox"/> Hình ảnh CD-ROM <input type="checkbox"/> Phim chiếu chụp <input type="checkbox"/> Khác (_____)				
Mục tham khảo	Ví dụ: có /không có người đi cùng, số lượng người, mối quan hệ với bệnh nhân *Vui lòng nộp kèm bản photo trang có ảnh trong hộ chiếu của bệnh nhân.				