

Ngày tháng năm

## Phiếu hỏi chẩn đoán bệnh

Mã số chụp X-quang

Họ tên	Nam nữ
Quốc tịch	Ngày nhập cảnh: tháng _____ năm _____

Vui lòng trả lời những câu hỏi dưới đây. Vui lòng khoanh tròn  hoặc điền vào đáp án thích hợp.

1. Bạn có những triệu chứng bệnh sau đây không?

- Ho
- Đau ngực
- Chán ăn
- Có đờm
- Đổ mồ hôi đêm
- Cảm giác mệt mỏi
- Sốt
- Sụt cân
- Khác

2. Lần chụp X-quang ngực gần nhất của bạn là khi nào?

Ngày ( ) tháng ( ) năm ( )

Kết quả ▪ Không có bất thường ▪ Có bất thường

3. Trước đây, bạn có từng bị ghi nhận bất thường khi chụp X-quang ngực không?

→ ▪ Không ▪ Có

4. Bạn đã tiêm chủng vắc xin BCG chưa?

→ ▪ Không ▪ Có

5. Kết quả xét nghiệm phản ứng lao tố (Tuberculin) sau cùng của bạn như thế nào?

▪ Dương tính ▪ Âm tính ▪ Không rõ

6. Bạn có từng trải qua căn bệnh nặng (hoặc phẫu thuật) nào không?

▪ Không ▪ Có → Đó là căn bệnh (phẫu thuật) như thế nào \_\_\_\_\_

7. Hiện tại, bạn có đang điều trị căn bệnh nào không?

▪ Không ▪ Có → Đó là căn bệnh nào? \_\_\_\_\_

8. Bạn có tiền sử về bệnh lao phổi hay không?

▪ Không ▪ Có → Có từng uống thuốc lao phổi không?

Đã uống loại thuốc nào? \_\_\_\_\_

9. Bạn có tiền sử bệnh gia đình hay không?

▪ Không ▪ Không rõ ▪ Có → Là ai? ▪ Bố ▪ Mẹ ▪ Anh em  
▪ Chú bác/cô dì ▪ Ông/bà ▪ Khác \_\_\_\_\_

10. Bạn có đang mang thai không?

→ ▪ Không ▪ Không rõ ▪ Có \_\_\_\_\_ tuần

ベトナム語