



**TỜ KHAI THÔNG TIN DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH**  
**PATIENT DECLARATION FORM**

**新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) のスクリーニング用紙**

Thông tin chung General information 一般情報	Họ và tên/Full name/氏名:..... Giới: Nam <input type="checkbox"/> Nữ: <input type="checkbox"/> Gender: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> 性別: 男 <input type="checkbox"/> 女: <input type="checkbox"/>	Ngày sinh/Date of birth/ 生年月日: ..... Quốc tịch/Nationality/国 籍:..... .....
	Địa chỉ/ Address/住所:.....	Điện thoại/Telephone Number/ 電話番号: .....
	Nơi ở tại Việt Nam/Current address in Vietnam/ベトナムでの住所): .....	
	Các nơi bạn đã đi qua trong thời gian 14 ngày gần đây (liệt kê thành phố và quốc gia) Places you have visited in the last 14 days (listing all cities/countries/regions) 過去 14 日以内の渡航歴 (すべての都市/国/領域) .....	
Câu hỏi Questionnaire 質問	1. Có đi Trung Quốc, Hồng Kông, Nhật Bản, Hàn Quốc hoặc sân bay quốc tế trong thời gian 14 ngày gần đây không? Have you been to China/Hongkong/Japan/Korea or any international airports in the last 14 days? 過去 14 日以内に新型コロナウイルス感染症の流行地域 (中国、韓国、日本等) への渡航歴、また国際空港使用歴はありますか?	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 無: <input type="checkbox"/>
	2. Có tiếp xúc với người bị bệnh nghi bị viêm phổi coronavirus không? Have you communicated with a suspected corona virus person? 過去 14 日以内に新型コロナウイルス感染症の疑いがある方と接触したことはありますか。	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 無: <input type="checkbox"/>
	3. Có các triệu chứng sau đây không? Do you have any of these symptoms? 以下の症状はありますか?	
	Sốt Fever 発熱	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 無: <input type="checkbox"/>
	Ho Cough 咳	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 無: <input type="checkbox"/>
	Đau họng Sore throat 咽頭痛	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 無: <input type="checkbox"/>
	Hắt hơi, chảy nước mũi Sneezing, runny nose 咳、鼻水	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 無: <input type="checkbox"/>
	Mỏi cơ Fatigue 倦怠感/筋肉痛	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 無: <input type="checkbox"/>
Khó thở, tức ngực Trouble breathing/stifling, chest pain 呼吸困難/息切れ/胸痛	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 無: <input type="checkbox"/>	