



BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG
NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

TỜ KHAI THÔNG TIN DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH
(患者情况申报表) (PATIENT DECLARATION FORM)

Hành chính 行政 General information	Họ và tên (姓名) (Full name): Giới: Nam <input type="checkbox"/> Nữ: <input type="checkbox"/> 性别: 男 <input type="checkbox"/> 女: <input type="checkbox"/> Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Năm sinh : 出生日期: Date of birth: Quốc tịch: 国籍 : Nationality:
	Địa chỉ: 地址: Address:	Điện thoại: 电话: Tel. number:
	Nơi ở tại Việt Nam: (越南住址) (Current residence in Vietnam):	
	Các nơi bạn đã đi qua trong thời gian 14 ngày gần đây (liệt kê tên thành phố và quốc gia) 请列出您在最近的 14 天内去过的城市及国家 Places you have visited in the last 14 days (listing all cities/countries/regions)	
Câu hỏi ? 问题 ? Questionnaire	1. Có đi Trung Quốc, Hồng Kông hoặc sân bay quốc tế trong thời gian 14 ngày gần đây không? 在最近 14 天内, 您是否去过中国、香港或者国际机场? Have you been to China, Hongkong or any international airports in the last 14 days?	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 无: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	2. Có tiếp xúc với người bệnh nghi bị viêm phổi coronavirus không? Trong 14 ngày gần đây, 您是否与新型冠状病毒感染怀疑者接触? Have you communicated/approached with a suspected corona virus person?	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 无: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	3. Có các triệu chứng sau đây không? 您是否有以下症状? Do you got any of these symptoms?	
	Sốt 发烧 Fever	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 无: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Ho 咳嗽 Cough	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 无: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Đau họng 嗓子疼 Sore throat	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 无: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Hắt hơi, chảy nước mũi 打喷嚏、流鼻涕 Sneezing, runny nose	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 无: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Mỏi cơ 肌肉酸痛 Fatigue	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 无: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Khó thở, tức ngực 呼吸困难、胸闷 Trouble breathing/stifling, chest pain	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 无: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	