

BẢNG CÂU HỎI XÉT NGHIỆM VIÊM GAN B VÀ VIÊM GAN C

B型・C型肝炎ウイルス検査問診票

Ngày kiểm tra

No.

Katakana ()

Họ và tên

Ngày tháng năm sinh

tuổi Giới tính

(ID

)

<Bảng câu hỏi> Khoanh tròn ○ vào mục tương ứng và trả lời các câu hỏi liên quan.

1. Bạn có dự định làm xét nghiệm chẩn đoán Viêm gan nào khác ngoài lần kiểm tra này không?

Có

•

Không

2. Bạn có từng bị bệnh gan hoặc được chẩn đoán chức năng gan kém hay không?

Có (vào khoảng năm

)

•

Không

3. Bạn đã có trải qua phẫu thuật phức tạp (ví dụ đại phẫu, v.v...) hay không?

Có (vào khoảng năm

)

•

Không

4. (Chỉ dành cho nữ) Bạn đã bao giờ bị chảy máu nhiều khi mang thai hoặc khi sinh nở không?

Có (vào khoảng năm

)

•

Không

5. Câu hỏi này dành cho người đã trả lời "Có" ở câu 3 và 4. Bạn có kiểm tra định kỳ chức năng gan không?

Có

•

Không

6. Bạn có bao giờ đã làm xét nghiệm chẩn đoán bệnh Viêm gan B không?

Có (vào khoảng năm

)

•

Không

•

Không rõ

7. Hiện tại hoặc trước đây bạn có đã/đang tiếp nhận điều trị bệnh Viêm gan B hay không?

Có (vào khoảng năm

)

•

Không

•

Không rõ

8. Bạn đã bao giờ làm xét nghiệm chẩn đoán bệnh Viêm gan C không?

Có (vào khoảng năm

)

•

Không

•

Không rõ

9. Hiện tại hoặc trước đây bạn có đã/đang tiếp nhận điều trị bệnh Viêm gan C hay không?

Có (vào khoảng năm

)

•

Không

•

Không rõ

Bạn có muốn làm xét nghiệm Viêm gan sau khi đã hiểu mục đích kiểm tra virus viêm gan, v.v...hay không?

Muốn xét nghiệm kháng nguyên HBs/xét nghiệm virus viêm gan C • **Không muốn**

(Xin vui lòng khoanh tròn ○ vào câu trả lời tương ứng)

Reiwa

năm

tháng

ngày

Ký tên

(Xin vui lòng tự ký tên và ghi tên)