

قسم الباطنية

ない かもんしんひょう
内科問診票

العربية
アラビア語

ضع علامة (✓) على جميع الاعراض المنطبقة عليك

سنة

شهر

يوم

الاسم 名前		<input type="checkbox"/> ذكر 男	<input type="checkbox"/> انثى 女
تاريخ الميلاد 生年月日	سنة 年	شهر 月	يوم 日
العنوان 住所			
هل لديك تأمين صحي؟ 健康保険を持っていますか？	<input type="checkbox"/> نعم はい	<input type="checkbox"/> لا いいえ	
الجنسية 国籍	اللغة 言葉		

ما لذي تعاني منه؟
どうしましたか

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> حرارة (°C) <small>熱がある</small> | <input type="checkbox"/> ألم بالحجارة <small>のどが痛い</small> | <input type="checkbox"/> سعال <small>せき</small> | <input type="checkbox"/> ألم بالرأس <small>頭が痛い</small> |
| <input type="checkbox"/> ألم بالصدر <small>胸が痛い</small> | <input type="checkbox"/> طفح جلدي <small>発しん</small> | <input type="checkbox"/> خفقان <small>どつき</small> | <input type="checkbox"/> صعوبة في التنفس <small>息切れ</small> |
| <input type="checkbox"/> إنتفاخ <small>むくみ</small> | <input type="checkbox"/> دوام <small>めまい</small> | <input type="checkbox"/> ثقل بالصدر <small>胸が苦しい</small> | <input type="checkbox"/> ألم بالبطن <small>お腹が痛い</small> |
| <input type="checkbox"/> ألم بالمعدة <small>胃が痛い</small> | <input type="checkbox"/> ضغط عالي <small>高血圧</small> | <input type="checkbox"/> خدر <small>しびれ</small> | <input type="checkbox"/> عطش متزايد <small>口が渇く</small> |
| <input type="checkbox"/> فقدان بالوزن <small>体重が減っている</small> | <input type="checkbox"/> شعور بانتفاخ بالبطن <small>お腹が張る</small> | <input type="checkbox"/> فقدان الشهية <small>食欲がない</small> | |
| <input type="checkbox"/> قيء <small>おうと</small> | <input type="checkbox"/> غثيان <small>吐きけ</small> | <input type="checkbox"/> إسهال <small>下痢</small> | <input type="checkbox"/> دم مع البراز <small>血便</small> |
| <input type="checkbox"/> نحول <small>だるい</small> | <input type="checkbox"/> تعب بسرعة <small>疲れやすい</small> | <input type="checkbox"/> غير ذلك <small>その他</small> | |

منذ متى بدأت اعراض ما تشعر به؟
それはいつからですか

منذ _____ سنة _____ شهر _____ يوم

هل لديك حساسية ضد الاكل او الدواء؟
薬や食べ物でアレルギーが出ますか

نعم لا → دواء طعام غير ذلك لا

هل تتناول اي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟
現在飲んでいる薬はありますか

نعم لا → نعم لا

هل أنت حامل او هناك احتمال بان تكوني حاملا؟
妊娠していますか、またその可能性はありますか

نعم لا → _____ شهر _____ يوم

هل تقومين بالارضاع حاليا؟
授乳中ですか

نعم لا

هل اصابك أي مرض في الماضي؟
今までにかかった病気はありますか

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء <small>胃腸の病気</small> | <input type="checkbox"/> امراض كبد <small>肝臓の病気</small> | <input type="checkbox"/> امراض قلب <small>心臓の病気</small> | |
| <input type="checkbox"/> امراض كلى <small>腎臓の病気</small> | <input type="checkbox"/> تدرن <small>結核</small> | <input type="checkbox"/> سكري <small>糖尿病</small> | <input type="checkbox"/> ربو <small>ぜんそく</small> |
| <input type="checkbox"/> ضغط دم عالي <small>高血圧症</small> | <input type="checkbox"/> أيدز <small>エイズ</small> | <input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية <small>甲状腺の病気</small> | <input type="checkbox"/> مرض الزهري <small>梅毒</small> |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك <small>その他</small> | | | |

هل تعالج حاليا من أي مرض؟
現在治療している病気はありますか

نعم لا

هل سبق لك ان اجريت عملية جراحية؟
手術を受けたことがありますか

نعم لا

هل سبق وان تم اجراء نقل تم لك؟
輸血を受けたことがありますか

نعم لا

من المرة القادمة، يمكن جلب مترجم لنفسك؟
今後、通訳を自分で連れてくることができますか

نعم لا