

សំណួរដែលទាក់ទងនឹងអរយៈ

ない かもんしんひょう
内科問診票

ភាសាខ្មែរ
カンボジア語

សូមគូសសញ្ញា នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈ: ជាគរបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ ねん

ខែ がつ

ថ្ងៃ じつ

ឈ្មោះ: 名前		<input type="checkbox"/> ប្រុស 男	<input type="checkbox"/> ស្រី 女
កំណើត 生年月日	_____ ឆ្នាំ 年 _____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日	ទូរស័ព្ទ 電話	
អាសយដ្ឋាន 住所			
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន はい	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
សញ្ជាតិ 国籍		ភាសា 言葉	

អ្នកឈឺអ្វី? どうしましたか

<input type="checkbox"/> កម្ដៅ (អង្សា) 熱がある	<input type="checkbox"/> ឈឺបំពង់ក 喉のどが痛い	<input type="checkbox"/> ក្អក せき	<input type="checkbox"/> ឈឺក្បាល 頭が痛い
<input type="checkbox"/> ឈឺទ្រូង 胸が痛い	<input type="checkbox"/> មានកន្ទួល 発しん	<input type="checkbox"/> ទ្រូងលោតខ្ទកៗ 動悸	<input type="checkbox"/> ពិបាកដកដង្ហើម 息切れ
<input type="checkbox"/> ហើម むくみ	<input type="checkbox"/> វិលមុខ めまい	<input type="checkbox"/> តឹងទ្រូង 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> ឈឺពោះ お腹が痛い
<input type="checkbox"/> ឈឺក្រពះ 胃が痛い	<input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម 高血圧	<input type="checkbox"/> ស្លឹក しぶれ	<input type="checkbox"/> ជំងឺស្រែកទឹក 口が渴く
<input type="checkbox"/> ស្រកទំងន់ 体重が減っている	<input type="checkbox"/> ឆ្អល់ពោះ 腹が張る	<input type="checkbox"/> ញ៉ាំបាយលែងសូវបាន 食欲がない	
<input type="checkbox"/> ក្អក 嘔吐	<input type="checkbox"/> ចង្ហោរ 吐き気	<input type="checkbox"/> រាត 下痢	<input type="checkbox"/> លាមកលាយឈាម 血便
<input type="checkbox"/> រស់រវើក だるい	<input type="checkbox"/> ងាយអស់កំលាំង 疲れやすい	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他	

អ្នកមានបញ្ហាតាំងពីពេលណាមក? それはいつからですか

តាំងពី _____ ឆ្នាំ 年 _____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日から

តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំឬប្រើប្រាស់វិធីអាហារដែលទាក់ទង? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

បាទ/ចាស はい → ថ្នាំ 薬 ចំណីអាហារ 食べ物 ផ្សេងៗ 其他 ទេ いいえ

តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែលទាក់ទងនឹងបច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか

បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមន្ត្រីយើងមើល 持っていれば見せてください ទេ いいえ

តើនាងកំពុងមានផ្ទៃពោះឬមានការសង្ស័យថាមានផ្ទៃពោះ? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

បាទ/ចាស はい → _____ ខែ 月 ទេ いいえ

តើនាងបំបៅដោះឲ្យកូនឬទេ? 授乳中ですか បាទ/ចាស はい ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺអ្វីខ្លះ? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពះ 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើម 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> ជំងឺជម្រងទឹកនោម 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> របេង 結核	<input type="checkbox"/> រាត 糖尿病	<input type="checkbox"/> ហ្នឹក ぜんそく
<input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម 高血圧症	<input type="checkbox"/> អេដស៍ エイズ	<input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពេញទឹក 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> ជំងឺស្លាយប្រមេះ 梅毒
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ 其他			

តើបច្ចុប្បន្នមានជាប់ទៅព្យាបាលជំងឺអ្វីមួយនៅមន្ទីរពេទ្យណាដែរឬទេ? 現在治療している病気はありますか បាទ/ចាស はい ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់រក្សាវះកាត់ដែរឬទេ? 手術を受けたことがありますか បាទ/ចាស はい ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់បានបញ្ចូលឈាមដែរឬទេ? 輸血を受けたことがありますか បាទ/ចាស はい ទេ いいえ

តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか បាទ/ចាស はい ទេ いいえ