

KEDOKTERAN BAGIAN DALAM

ない かもんしんひょう
内科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年 _____ bulan 月 _____ tanggal 日 _____

nama 名前			<input type="checkbox"/> laki-lak 男	<input type="checkbox"/> perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年	_____ bulan 月	_____ hari 日	telpon 電話 _____
alamat 住所				
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ya はい		<input type="checkbox"/> tidak いいえ	
warga negara 国籍	bahasa 言葉 _____			

Apa masalah anda? どうしましたか

<input type="checkbox"/> demam (°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> sakit tenggorokan のどが痛い	<input type="checkbox"/> batuk せき	<input type="checkbox"/> sakit kepala 頭が痛い
<input type="checkbox"/> sakit dada 胸が痛い	<input type="checkbox"/> gatal dan merah pada kulit 発しん	<input type="checkbox"/> berdebar jantung 動悸	<input type="checkbox"/> sekak dada 胸が苦しい
<input type="checkbox"/> susah bernapas 息切れ	<input type="checkbox"/> bengkak むくみ	<input type="checkbox"/> pusing めまい	<input type="checkbox"/> mati rasa しびれ
<input type="checkbox"/> sakit dibagian perut お腹が痛い	<input type="checkbox"/> lambung perut sakit 胃が痛い	<input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧	<input type="checkbox"/> perut terasa kembung お腹が張る
<input type="checkbox"/> tenggorokan kering 口が渇く	<input type="checkbox"/> berat badan menurun 体重が減っている	<input type="checkbox"/> mual 吐き気	<input type="checkbox"/> diare/menceret 下痢
<input type="checkbox"/> tidak selera makan 食欲がない	<input type="checkbox"/> muntah 嘔吐	<input type="checkbox"/> mudah lelah 疲れやすい	<input type="checkbox"/> lainnya その他
<input type="checkbox"/> berak darah 血便	<input type="checkbox"/> lesu だるい		

Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか

_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から

Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

ya はい → obat 薬 makanan 食べ物 lainnya その他 tidak いいえ

Sekarang setiap hari ada minum obatkah? 現在飲んでいる薬はありますか

ya はい → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください tidak いいえ

Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

ya はい → _____ bulan 月 tidak いいえ

Apakah Anda sedang menyusui saat sekarang ini? 授乳中ですか ya はい tidak いいえ

Anda pernah punya penyakit apa? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> penyakit limpa 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> penyakit jantung 心臓の病気
<input type="checkbox"/> penyakit ginjal 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> TBC 結核	<input type="checkbox"/> kencing manis 糖尿病
<input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS エイズ	<input type="checkbox"/> kelenjar gondok 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> lainnya その他		<input type="checkbox"/> sipilis 梅毒

Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? 現在治療している病気はありますか ya はい tidak いいえ

Pernah mengalami pembedahan / operasi? 手術を受けたことがありますか ya はい tidak いいえ

Anda pernah mengalami transfusi darah? 輸血を受けたことがありますか ya はい tidak いいえ

Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

ya はい tidak いいえ