ه‌مان‌ش‌س‌رپ بخش داخلی

内科問診票

فارسی
ペルシャ語

موارد‌ی که به شما مربوط می شوند را تیک ☑ بزنید　あてはまるものにチェックしてください

年 سال　月 ماه　日 روز

名前 نام ونام خانوادگی		□男 مرد　□女 زن	
生年月日 تاریخ تولد	_____ 年 سال _____ 月 ماه _____ 日 روز	電話 تلفن	
住所 آدرس			
健康保険を持っていますか? آیا بیمه درمانی دارید؟		□はい بله　□いいえ خیر	
国籍 ملیت		言葉 زبان	

چه ناراحتی دارید؟ どうしましたか

□熱がある آیا تب دارید(　　℃)	□のどが痛い گلو درد	□せき سرفه	□頭が痛い سردرد
□胸が痛い سینه درد	□発しん جوش	□動悸 تپش سریع‌قلب	□息切れ مشکل تنفس
□むくみ تورم	□めまい سر گیجه	□胸が苦しい احساس فشار بر سینه	□お腹が痛い شکم درد
□胃が痛い معده درد	□高血圧 فشار خون بالا	□しびれ خواب رفتگی	□口が渇く تشنگی مفرط
□体重が減っている کاهش وزن	□お腹が張る نفخ شکم	□食欲がない بی اشتهایی	
□嘔吐 استفراغ	□吐き気 حالت تهوع	□下痢 اسهال	□血便 وجود خون در مدفوع
□だるい کسالت و بی حالی	□疲れやすい زود خسته شدن	□その他 غیره	

از چه موقع؟ それはいつからですか

_____ 年 سال _____ 月 ماه _____ 日 روز から

آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

□はい بله → □薬 دارو　□食べ物 غذا　□その他 غیره　　□いいえ خیر

آیادارویی دارید که هر روز از آن مصرف می‌کنید؟ 現在飲んでいる薬はありますか

□はい بله → اگر الان دارویی‌همراه خودداریدلطفا نشان دهید 持っていれば見せてください　□いいえ خیر

آیا در حال حاضر حامله هستید یا ممکن است حامله باشید؟ 妊娠していますか、またその可能性はありますか

□はい بله → _____ چندماه ヶ月　□いいえ خیر

الان به بچه شیر میدهید؟ 授乳中ですか	□はい بله　□いいえ خیر

آیا تا به حال مبتلا به بیماری شده اید؟ 今までにかかった病気はありますか

□胃腸の病気 بیماری روده ومعده	□肝臓の病気 بیماری کبدی	□心臓の病気 بیماری قلبی	□腎臓の病気 بیماری‌کلیوی
□結核 سل	□糖尿病 بیماری قند	□ぜんそく آسم	□高血圧症 فشار خون بالا
□エイズ ایدز	□甲状腺の病気 تیروئید	□梅毒 سفلیس	□その他 غیره

آیا در حال حاضر برای مداوای بیماری تحت درمان هستید؟ 現在治療している病気はありますか	□はい بله	□いいえ خیر
آیا تا به حال عمل جراحی ه‌دش اید ؟ 手術を受けたことがありますか	□はい بله	□いいえ خیر
آیا تا به حال خون دریافت کرده اید؟ 輸血を受けたことがありますか	□はい بله	□いいえ خیر

آیا دفعه بعد، می‌توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

□はい بله　□いいえ خیر