

## แบบสอบถามอาการแพนกวโรคภายใน

ない かもんしんひょう  
内科問診票ภาษาไทย  
タイ語กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてくださいปีพ.ศ. ねん 年เดือน がつ 月วันที่ にち 日

ชื่อและนามสกุล <small>なまえ 名前</small>		<input type="checkbox"/> ชาย <small>おとこ 男</small>	<input type="checkbox"/> หญิง <small>おんな 女</small>
วันเดือนปีเกิด <small>せいねんかろび 生年月日</small>	ปีพ.ศ. <small>ねん</small> 年 _____ เดือน <small>がつ</small> 月 _____ วันที่ <small>にち</small> 日 _____	เบอร์โทรศัพท์ <small>でんわ 電話</small>	
ที่อยู่ <small>じゅうしょ 住所</small>			
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <small>けんこうほけん も 健康保険を持っていますか?</small>	<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>	
สัญชาติ <small>こくせき 国籍</small>	ภาษา <small>ごぼ 言葉</small>		

มีอาการอย่างไร <small>どうしましたか</small>			
<input type="checkbox"/> มีไข้ ( <small>ねつ</small> 熱がある )	<input type="checkbox"/> เจ็บคอ <small>のどが痛い</small>	<input type="checkbox"/> ไอ <small>せき</small>	<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <small>あたまが痛い</small>
<input type="checkbox"/> ปวดหน้าอก <small>おなかが痛い</small>	<input type="checkbox"/> เป็นผื่นแดง <small>ほっしん</small>	<input type="checkbox"/> หัวใจเต้นเร็ว <small>どうき</small>	<input type="checkbox"/> หายใจหอบ <small>いき切れ</small>
<input type="checkbox"/> บวม <small>むくみ</small>	<input type="checkbox"/> เวียนศีรษะ <small>めまい</small>	<input type="checkbox"/> แน่นหน้าอก <small>おなかが苦しい</small>	<input type="checkbox"/> ปวดท้อง <small>おなかが痛い</small>
<input type="checkbox"/> ปวดกระเพาะอาหาร <small>いらい</small>	<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつ 高血圧</small>	<input type="checkbox"/> เป็นเหน็บ <small>しびれ</small>	<input type="checkbox"/> คอแห้ง <small>のどが渇く</small>
<input type="checkbox"/> น้ำหนักลดลง <small>たいじゅう 体重が減っている</small>	<input type="checkbox"/> ท้องอืด, ท้องเฟ้อ <small>おなかが張る</small>	<input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร <small>食欲がない</small>	
<input type="checkbox"/> อาเจียร <small>おうと</small>	<input type="checkbox"/> คลื่นไส้ <small>吐き気</small>	<input type="checkbox"/> ท้องเสีย <small>下痢</small>	<input type="checkbox"/> อุจจาระเป็นเลือด <small>けつ便</small>
<input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย <small>だるい</small>	<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่าย <small>疲れやすい</small>	<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>	
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ <small>それはいつからですか</small>			
_____ ตั้งแต่ปีพ.ศ. <small>ねん</small> 年 _____ เดือน <small>がつ</small> 月 _____ วันที่ <small>にち</small> 日 _____			
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ <small>くすり た 食物でアレルギーが出ますか</small>			
<input type="checkbox"/> เคย <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ยา <small>くすり 薬</small>	<input type="checkbox"/> อาหาร <small>た 食物</small>	<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <small>いいえ</small>			
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ <small>けんざいの くすり 現在飲んでいる薬はありますか</small>			
<input type="checkbox"/> กิน <small>はい</small>	ขณะนี้ถ้ามียาน้อยๆ <small>も 持っています</small> ฝากดูหน่อย <small>みせてください</small>		<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ อาจมีครรภ์หรือไม่ <small>にんしん 妊娠していますか、またその可能性はありますか</small>			
<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small>	_____ เดือน <small>かげつ ヶ月</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>	
ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ <small>じゅうちゅう 授乳中ですか</small>			
<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>	
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง <small>いまま でにかかった びょうき 病気はありますか</small>			
<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <small>いちょう びょうき 胃腸の病気</small>	<input type="checkbox"/> โรคตับ <small>かんぞう びょうき 肝臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <small>しんぞう びょうき 心臓の病気</small>	
<input type="checkbox"/> โรคไต <small>じんぞう びょうき 腎臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> วัณโรค <small>けっかく 結核</small>	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <small>とうにょうびょう 糖尿病</small>	<input type="checkbox"/> หิด <small>ぜんそく</small>
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつしやう 高血圧症</small>	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ <small>こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気</small>	<input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <small>はいどく 梅毒</small>
<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>			
ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ <small>げんざい ちりょう 現在治療している病気はありますか</small>			
<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>	
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ <small>しじゅつ 手術を受けたことがありますか</small>			
<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>	
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ <small>ゆけつ 輸血を受けたことがありますか</small>			
<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>	
ต่อไปนี้จะหาล่ามพามาเองได้ หรือไม่ <small>こんご 通訳を自分で連れてくることができますか</small>			
<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>	