

OTOLARYNGOLOGY (EAR, NOSE and THROAT)

Tagalog
タガログ語

じ び いん とう か もん しん ひょう
耳鼻咽喉科問診票

Lagyan ng tsek ang naaayong mga sagot. あてはまるものにチェックしてください

Taon ^{ねん}年 _____ Buwan ^{がつ}月 _____ Araw ^{にち}日 _____

Pangalan ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> Lalaki ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Babae ^{おんな} 女
Kaarawan ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ taon ^{ねん} 年 _____ buwan ^{がつ} 月 _____ araw ^{にち} 日	Telepono ^{でんわ} 電話		
Tirahan ^{じゅうしょ} 住所				
Mayroon ka bang Health Insurance? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?			<input type="checkbox"/> Oo ^{はい}	<input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ}
Nasyonalidad ^{こくせき} 国籍			Wika ^{ことば} 言葉	

Ano ang nais ikonsulta? ^{どうしましたか}				
<input type="checkbox"/> may lagnat(^{ねつ} ℃熱がある	<input type="checkbox"/> mabigat ang pakiramdam ng ulo ^{あたまおも} 頭が重い	<input type="checkbox"/> masakit ang ulo ^{あたまいた} 頭が痛い		
Problema sa Tainga: ^{みみしょうじょう} 耳の症状				
<input type="checkbox"/> kanan ^{みぎ} 右	<input type="checkbox"/> kaliwa ^{ひだり} 左	<input type="checkbox"/> parehong tainga ^{りょうほう} 両方	<input type="checkbox"/> masakit ang tainga ^{みみいた} 耳が痛い	
<input type="checkbox"/> luga ^{みみ} 耳だれ	<input type="checkbox"/> may tumataginting sa tainga ^{みみ} 耳なり	<input type="checkbox"/> tutuli ^{みみ} 耳あか	<input type="checkbox"/> nahihilo ^{めまい} めまい	
<input type="checkbox"/> hindi gaanong makarinig ^き 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> parang may bara ang tainga ^{みみ} 耳がふさがった感じ			
Problema sa Ilong: ^{はなしょうじょう} 鼻の症状				
<input type="checkbox"/> barado ang ilong ^{はな} 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> may sipon ^{はな} 鼻がでる	<input type="checkbox"/> nagbabahin ^{くしゃみ} くしゃみ	<input type="checkbox"/> nagdurugo ang ilong ^{はなぢ} 鼻血	
<input type="checkbox"/> naghihikil ^{いびき} いびき	<input type="checkbox"/> walang pang-amoy ^{においがわからない} においがわからない			
Problema sa Lalamunan: ^{しやうじやう} のどの症状				
<input type="checkbox"/> masakit ang dila ^{した} 舌が痛い	<input type="checkbox"/> masakit ang lalamunan ^{のど} のどが痛い	<input type="checkbox"/> inuubo ^{せき} せき	<input type="checkbox"/> may plema ^{たん} たん	
<input type="checkbox"/> parang may bara ang lalamunan ^{のど} のどに何かある感じ	<input type="checkbox"/> namamalat ^{こゑ} 声がかかる			
<input type="checkbox"/> nahihirapang lumunok ^{のみこみにくい} 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> namamaga ang mukha/leeg ^{かほけいぶ} 顔・頸部(くび)の腫れ	<input type="checkbox"/> iba pa ^た その他		
Kailan pa ito nagsimula? ^{それはいつからですか}		_____ taon ^{ねん} 年 _____ buwan ^{がつ} 月 _____ araw ^{にち} 日から		
May allergy ka ba sa gamot o pagkain? ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか				
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} → <input type="checkbox"/> gamot ^{くすり} 薬	<input type="checkbox"/> pagkain ^{た もの} 食べ物	<input type="checkbox"/> iba pa ^た その他	<input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ}	
May iniinom bang gamot sa kasalukuyan? ^{けんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか				
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} → Kung mayroong dalang gamot ay nais naming makita. ^も 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ}			
Ikaw ba ay nagdadalantao o may posibilidad na nagdadalantao? ^{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				
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} → _____ buwan ^{かげつ} ヶ月	<input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}			
Nagpapadede (breastfeed) pa ba sa kasalukuyan? ^{じゆにゆうちゆう} 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Oo ^{はい}	<input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}
Umiinom ka ba ng alak? ^{さけの} お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} → _____ ml / araw ^ひ ml/日		<input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}	
Ikaw ba ay naninigarilyo? ^す たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} → _____ sigarilyo/araw ^{ほんひ} 本/日		<input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}	
May sakit ba na ginagamot sa kasalukuyan? ^{げんざいちりやう} 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> Oo ^{はい}	<input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ}
Nakaranas na bang maoperahan? ^{しゆじゆつ} 手術を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> Oo ^{はい}	<input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}
Nasalinan ka na ba ng dugo? ^{ゆけつ} 輸血を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> Oo ^{はい}	<input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}
Nakaranas ka ba ng problema ng mabigyan ka ng pangpamanhid o anestisya? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか				
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい}			<input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}	
Maaari ka bang makapagsama ng translator sa susunod? ^{こんご} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			<input type="checkbox"/> Oo ^{はい}	<input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}