

قسم الجراحة

外科問診票

العربية
أرابتيا لؤ

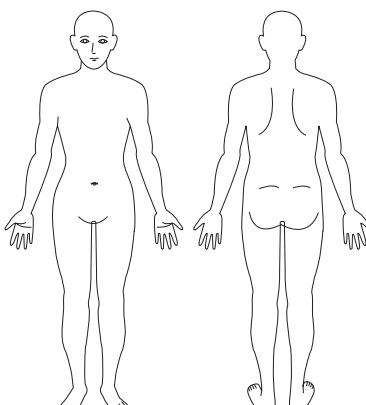
ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة

شهر

يوم

الاسم 名前		<input type="checkbox"/> ذكر 男	<input type="checkbox"/> أنثى 女
تاريخ الميلاد 生年月日	_____ سنة 年 _____ شهر 月 _____ يوم 日	الهاتف 電話	
العنوان 住所			
هل لديك تأمين صحي؟ 健康保険を持っていますか？	<input type="checkbox"/> نعم はい	<input type="checkbox"/> لا いいえ	
الجنسية 国籍	اللغة 言葉		

<p>ضع دائرة على الجزء الذي تشعر بالألم فيه 症状のあるところに丸をしてください</p> 	<p>ما الذي تعاني منه؟ どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> حرارة (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> ألم بالبطن お腹が痛い <input type="checkbox"/> جرح けが</p> <p><input type="checkbox"/> حرق やけど <input type="checkbox"/> ورم しみ <input type="checkbox"/> خدر しみ</p> <p><input type="checkbox"/> التواء びねった <input type="checkbox"/> فقدان وزن 体重が減っている <input type="checkbox"/> حكة かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> حصاة صفراوية 胆石 <input type="checkbox"/> إنتفاخ 腫れ <input type="checkbox"/> بواسير 痔</p> <p><input type="checkbox"/> دم مع البراز 血便 <input type="checkbox"/> الحلق (الغدة الدرقية) のど (甲状腺) <input type="checkbox"/> تمزق (فتق) 脱腸(ヘルニア)</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك 其他</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> الرقبة 首 <input type="checkbox"/> الرئة 肺 <input type="checkbox"/> الثدي 乳房</p> <p><input type="checkbox"/> المعدة 胃 <input type="checkbox"/> السرة へそ <input type="checkbox"/> 腸</p>
<p>منذ متى بدأت أعراض ما تشعر به؟ それはいつからですか</p> <p>منذ _____ سنة 年 _____ شهر 月 _____ يوم 日</p>	
<p>هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم はい → <input type="checkbox"/> دواء 薬 <input type="checkbox"/> طعام 食べ物 <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他 <input type="checkbox"/> لا いいえ</p>	
<p>هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت حالياً؟ 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم はい → <input type="checkbox"/> لا いいえ</p>	
<p>هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟ 妊娠していますか、またその可能性はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم はい → _____ أشهر ヶ月 <input type="checkbox"/> لا いいえ</p>	
<p>هل تقومين بالإرضاع حالياً؟ 授乳中ですか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ</p>	
<p>هل أصابك أي مرض في الماضي؟ 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> أمراض الكبد 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> أمراض القلب 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> أمراض الكلى 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> تدرن 結核 <input type="checkbox"/> سكري 糖尿病 <input type="checkbox"/> ربو ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> ضغط دم عالي 高血圧症 <input type="checkbox"/> أيدز エイズ <input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> مرض الزهري 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك 其他</p>	
<p>هل تعالج حالياً من أي مرض؟ 現在治療している病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ</p>	
<p>هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟ 手術を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ</p>	
<p>هل سبق أن تم إجراء نقل دم لك؟ 輸血を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ</p>	
<p>هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟ 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ</p>	
<p>إذا كان لديك تقرير من مستشفى آخر يرجى الإجابة على الأسئلة التالية.</p>	
<p>هل سبق أن عملت أشعة إكس؟ レントゲンフィルムを持っていますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ</p>	
<p>هل سبق أن قمت بعمل فحص داخلي بالكاميرا؟ 内視鏡フィルムを持っていますか</p> <p><input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ</p>	

من المرة القادمة، يمكن جلب مترجم لنفسك؟
今後、通訳を自分で連れてくることができますか

نعمはい لا いいえ

〈2/2ページ〉