

قسم الأذن و الأنف و الحنجرة

耳鼻咽喉科問診票

العربية
アラビア語

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			

ما الذي تعاني منه؟
どうしましたか

حرارة (°C) 熱がある أشعر بثقل في رأسي
頭が重い

عندي صداع
頭が痛い

أعراض الأذن
耳の症状

اليميني
右 اليسرى
左 كلاهما
両方 ألم بالأذن
耳が痛い

رشح أذن
耳だれ طنين بالأذن
耳なり تشمع
耳あか شعور بالدوار والدوخة
めまい

صعوبة بالسمع
聞こえが悪い أشعر بانسداد بالأذن
耳がふさがった感じ

أعراض الأنف
鼻の症状

انسداد الأنف
鼻がつまる رشح من الأنف
鼻がでる عطاس
くしゃみ نزف أنف
鼻血

شخير
いびき عدم القدرة على الشم
においがわからない

أعراض الحنجرة
のどの症状

ألم في اللسان
舌が痛い ألم في الحنجرة
のどが痛い سعال
せき بلغم
たん

الحنجرة
のどに何かある感じ خشونة في الصوت
声がかれる

صعوبة في الابتلاع
飲み込みにくい انتفاخ في الوجه/العنق
顔・頸部(くび)の腫れ

غير ذلك
その他

منذ متى بدأت أعراض ما تشعر به؟
それはいつからですか

منذ _____ سنة
年 _____ شهر
月 _____ يوم
日

هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟
薬や食べ物でアレルギーが出ますか

نعم
はい → دواء
薬 طعام
食べ物 غير ذلك
その他 لا
いいえ

هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟
現在飲んでいる薬はありますか

نعم
はい → لا
いいえ

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

نعم
はい → _____ شهر
ヶ月 لا
いいえ

هل تقومين بالإرضاع حالياً؟
授乳中ですか

نعم
はい لا
いいえ

هل تشرب الكحول؟
お酒を飲みますか

نعم
はい → _____ مليلتر/يوم
ml/日 لا
いいえ

هل تدخن؟
たばこを吸いますか

نعم
はい → _____ سيجارة/يوم
本/日 لا
いいえ

هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟
手術を受けたことがありますか

نعم
はい لا
いいえ

هل سبق أن تم إجراء نقل دم لك؟
輸血を受けたことがありますか

نعم
はい لا
いいえ

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

نعم
はい لا
いいえ

هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟
今後、通訳を自分で連れて来てことができますか

نعم
はい لا
いいえ