

قسم الجملة العصبية

のうしんけいげ かもんしんひよう
脳神経外科問診票

العربية
أر بيا لة

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

صداع
頭が痛い

غثيان
吐き気

تقيء
嘔吐

طنين في الأذن
耳鳴り

خدر
しびれ

ارتعاش الأطراف
手足のふるえ

فقدان الوعي
意識がなくなる

صعوبة في السمع
聞こえにくい

صعوبة في المشي
歩きにくい

صعوبة في الرؤية
物が見えにくい

صعوبة في حركة الأطراف
手足の動きが悪い

غير ذلك
その他

هل صدمت رأسك؟
頭をぶつきましたか

نعم
はい → _____ سنة
年 _____ شهر
月 _____ يوم
日

لا
いいえ

هل كان ذلك في حادثه سير؟
交通事故ですか

نعم
はい

لا
いいえ

الشخص الذي لديه صداع عليه أن يجيب على الأسئلة التالية؟
頭が痛い方への質問です

أين موضع الألم؟
どこが痛みますか

الأمام
前頭部

الخلف
後頭部

الجانب الأيمن
右横

الجانب الأيسر
左横

جميع الرأس
頭全体

ما هو نوع الألم؟
どのように痛みますか

خفقان
ズキンズキン

ألم شديد
ガンガン

كأنما يجري الضرب بمطرقة
ガンと割れるように

لسع
キリキリ

وخز
チクチク

غير ذلك
その他

متى يكون الألم في أسوأ حالاته؟
いつが一番痛いですか

في الصباح
朝

الظهر
昼

في المساء
夕方

طول اليوم
一日中

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



<p>هل أصابك أي مرض في الماضي؟ <small>いま びょうき</small> 今までにかかった病気はありますか</p>		
<input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> أمراض الكبد <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> أمراض القلب <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> أمراض الكلى <small>しんぞう びょうき</small> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> تدرن <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> سكري <small>とうにょうびょう</small> 糖尿病
<input type="checkbox"/> ضغط دم عالي <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> أيدز <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية <small>こうじょうせん びょうき</small> 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> غير ذلك <small>た</small> 其他		<input type="checkbox"/> ربو <small>ぜんそく</small>
		<input type="checkbox"/> مرض الزهري <small>はいどく</small> 梅毒
<p>هل تعالج حالياً من أي مرض؟ <small>げんざい ちりやう びょうき</small> 現在治療している病気はありますか</p>		<input type="checkbox"/> نعم <small>はい</small>
		<input type="checkbox"/> لا <small>いいえ</small>
<p>هل تشرب الكحول؟ <small>さけ の</small> お酒を飲みますか</p>	<input type="checkbox"/> نعم <small>はい</small> → _____ <small>ml/日</small> <small>ミリリットル</small> /يوم	<input type="checkbox"/> لا <small>いいえ</small>
<p>هل تدخن؟ <small>す</small> たばこを吸いますか</p>	<input type="checkbox"/> نعم <small>はい</small> → _____ <small>本/日</small> <small>本</small> /يوم	<input type="checkbox"/> لا <small>いいえ</small>
<p>هل سبق لك ان أجريت عملية جراحية؟ <small>しゆじゆつ ちゆう</small> 手術を受けたことがありますか</p>		<input type="checkbox"/> نعم <small>はい</small>
		<input type="checkbox"/> لا <small>いいえ</small>
<p>هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟ <small>ますい なに</small> 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p>		<input type="checkbox"/> نعم <small>はい</small>
		<input type="checkbox"/> لا <small>いいえ</small>
<p>هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟ <small>こんご つうやく じふん づ</small> 今後、通訳を自分で連れてくることができますか</p>		
<input type="checkbox"/> نعم <small>はい</small>		
<input type="checkbox"/> لا <small>いいえ</small>		