

قسم جراحة العظام

せいけいげ かもんしんひょう
整形外科問診票

العربية
アラビア語

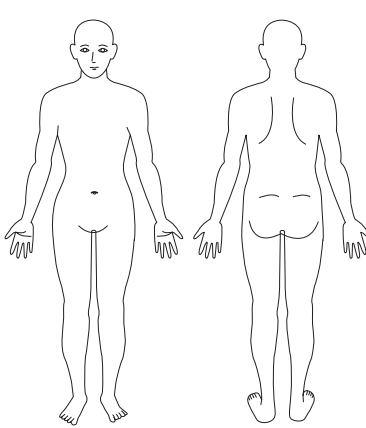
ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة 年

شهر 月

يوم 日

الاسم 名前		<input type="checkbox"/> ذكر 男	<input type="checkbox"/> انثى 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	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
<input type="checkbox"/> حرارة (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> جرح けが <input type="checkbox"/> ورم しみ <input type="checkbox"/> حكة かゆい <input type="checkbox"/> التواء ひねった <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他	
<input type="checkbox"/> ألم 痛み <input type="checkbox"/> حرق やけど <input type="checkbox"/> إنتفاخ 是れもの <input type="checkbox"/> خدر しぶれ <input type="checkbox"/> فقدان وزن 体重が減っている	
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	
<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	
هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟ 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> نعم はい → <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> نعم はい → _____ أشهر 月 <input type="checkbox"/> لا いいえ	
هل تقومين بالإرضاع حالياً؟ 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ
هل أصابك أي مرض في الماضي؟ 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> أمراض الكلى 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> ضغط دم عالي 高血圧症 <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他	<input type="checkbox"/> أمراض الكبد 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> تدرن 結核 <input type="checkbox"/> أمراض القلب 心臓の病気 <input type="checkbox"/> سكري 糖尿病 <input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> مرض الزهري 梅毒
هل تتعالج حالياً من أي مرض؟ 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ
هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ	