

قسم جراحة العظام

整形外科問診票

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة ねん

شهر がつ

يوم にち

الاسم なまえ		<input type="checkbox"/> ذكر おとこ 女 おんな	<input type="checkbox"/> أنثى おんな 男 おとこ
تاريخ الميلاد せいかんねんがっぴ 生年月日	سنة ねん 年 شهر がつ 月 يوم にち 日	الهاتف でんわ	
العنوان じゅうしょ 住所			
هل لديك تأمين صحي؟ けんこうほけんも 健康保険を持っていますか？	<input type="checkbox"/> نعم はい نعم هي	<input type="checkbox"/> لا いいえ لا هي	
الجنسية ごくせき 国籍		اللغة ことば 言葉	

ما الذي نعاني منه؟ どうしましたか

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> حرارة (°C)
ねつ 热がある | <input type="checkbox"/> ألم 痛み
آلام |
| <input type="checkbox"/> حرج けが | <input type="checkbox"/> حرق やけど
حرق |
| <input type="checkbox"/> ورم しこり | <input type="checkbox"/> إنفراخ はれもの
انفراخ |
| <input type="checkbox"/> حكة かゆい | <input type="checkbox"/> خدر しびれ
شلل |
| <input type="checkbox"/> التواء ひねった | <input type="checkbox"/> فقدان وزن たいじゅうへん 体重が減っている
فقدان وزن |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك その他 | |

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

منذ سنة ねん 年
شهر がつ 月
يوم にち 日

هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟
くすぐったるもの 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> دواء → 薬 くすり
طعام たもの 食べ物 | <input type="checkbox"/> غير ذلك その他 | <input type="checkbox"/> نعم はい
نعم هي | <input type="checkbox"/> لا いいえ
لا هي |
|---|--------------------------------------|---|--|

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

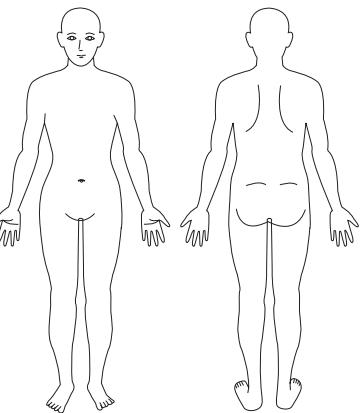
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> إذا كان لديك أية أدوية يرجى عرضها علينا →
もっていれば見せてください | <input type="checkbox"/> نعم はい
نعم هي | <input type="checkbox"/> لا いいえ
لا هي |
|---|---|--|

هل أنت حامل أو هناك إحتمال بأن تكوني حاملاً؟
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"/> نعم はい →
かげつ ケ月 | <input type="checkbox"/> لا いいえ
لا هي |
|---|--|

هل تقومين بالارضاع حالياً؟
じゅにゅうちゅう 授乳中ですか

ضع دائرة على الجزء الذي تشعر بالألم فيه
しょうじょう まる 症状のあるところに丸をしてください



هل أصابك أي مرض في الماضي؟
いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 いちらう びょうき
اضطرابات بالمعدة والأمعاء | <input type="checkbox"/> أمراض الكبد かんぞう びょうき
هígado | <input type="checkbox"/> أمراض القلب しんぞう びょうき
أمراض القلب | <input type="checkbox"/> 心臓の病気 かのうせい
أمراض القلب |
| <input type="checkbox"/> أمراض الكلى じんぞう びょうき
أمراض الكلى | <input type="checkbox"/> تدرن けっかく
التهاب المفاصل | <input type="checkbox"/> سكري とうにょうびょう
السكري | <input type="checkbox"/> ربو ぜんそく
الربو |
| <input type="checkbox"/> 高血圧症 こうけあつしやう
ضغط الدم عالي | <input type="checkbox"/> أيدز エイズ
الإيدز | <input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية こうじょうせん びょうき
Problemas de la glándula tiroides | <input type="checkbox"/> مرض الزهري ぱいどく
الزهري |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك その他 | | | |

هل تعالج حالياً من أي مرض؟
けんざい ちりょう びょうき 現在治療している病気はありますか

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> نعم はい
نعم هي | <input type="checkbox"/> لا いいえ
لا هي |
|---|--|

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> نعم はい
نعم هي | <input type="checkbox"/> لا いいえ
لا هي |
|---|--|

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> نعم はい
نعم هي | <input type="checkbox"/> لا いいえ
لا هي |
|---|--|

هل سبق أن حدث لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟
ますい なに 麻酔をして何かトラブルがありましたか

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> نعم はい
نعم هي | <input type="checkbox"/> لا いいえ
لا هي |
|---|--|

هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟
こんご つうやく じぶんづ 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
نعم هي | <input type="checkbox"/> لا いいえ
لا هي |
|---|--|