

# សំណួរដែលទាក់ទងនឹងអរយៈ

ない かもんしんひょう  
内科問診票

ភាសាខ្មែរ  
カンボジア語

សូមគូសសញ្ញា  នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈ: ជាគរបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ ねん

ខែ がつ

ថ្ងៃ じつ

ឈ្មោះ: 名前		<input type="checkbox"/> ប្រុស 男	<input type="checkbox"/> ស្រី 女
កំណើត 生年月日	_____ ឆ្នាំ 年 _____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日	ទូរស័ព្ទ 電話	
អាសយដ្ឋាន 住所			
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន はい	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
សញ្ជាតិ 国籍		ភាសា 言葉	

អ្នកឈឺអ្វី? どうしましたか

<input type="checkbox"/> កម្ដៅ ( អង្សា ) 熱がある	<input type="checkbox"/> ឈឺបំពង់ក 喉のどが痛い	<input type="checkbox"/> ក្អក せき	<input type="checkbox"/> ឈឺក្បាល 頭が痛い
<input type="checkbox"/> ឈឺទ្រូង 胸が痛い	<input type="checkbox"/> មានកន្ទួល 発しん	<input type="checkbox"/> ទ្រូងលោតខ្ទកៗ 動悸	<input type="checkbox"/> ពិបាកដកដង្ហើម 息切れ
<input type="checkbox"/> ហើម むくみ	<input type="checkbox"/> វិលមុខ めまい	<input type="checkbox"/> តឹងទ្រូង 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> ឈឺពោះ お腹が痛い
<input type="checkbox"/> ឈឺក្រពះ 胃が痛い	<input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម 高血圧	<input type="checkbox"/> ស្លឹក しぶれ	<input type="checkbox"/> ជំងឺស្រែកទឹក 口が渴く
<input type="checkbox"/> ស្រកទំងន់ 体重が減っている	<input type="checkbox"/> ឆ្អល់ពោះ 腹が張る	<input type="checkbox"/> ញ៉ាំបាយលែងសូវបាន 食欲がない	
<input type="checkbox"/> ក្អក 嘔吐	<input type="checkbox"/> ចង្ហោរ 吐き気	<input type="checkbox"/> រាត 下痢	<input type="checkbox"/> លាមកលាយឈាម 血便
<input type="checkbox"/> រស់រវើក だるい	<input type="checkbox"/> ងាយអស់កំលាំង 疲れやすい	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他	

---

អ្នកមានបញ្ហាតាំងពីពេលណាមក? それはいつからですか

តាំងពី \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ 年 \_\_\_\_\_ ខែ 月 \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ 日から

តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំឬប្រាក់ចំណីអាហារដែរឬទេ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

បាទ/ចាស はい →  ថ្នាំ 薬  ចំណីអាហារ 食べ物  ផ្សេងៗ その他  ទេ いいえ

តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែរឬទេបច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか

បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមន្ត្រីយើងមើល 持っていれば見せてください  ទេ いいえ

តើនាងកំពុងមានផ្ទៃពោះឬមានការសង្ស័យថាមានផ្ទៃពោះ? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

បាទ/ចាស はい → \_\_\_\_\_ ខែ 月  ទេ いいえ

---

តើនាងបំបៅដោះឲ្យកូនឬទេ? 授乳中ですか  បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺអ្វីខ្លះ? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពះ 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើម 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង 心臓の病気
<input type="checkbox"/> ជំងឺជម្រងទឹកនោម 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> រលង 結核	<input type="checkbox"/> រាត ぜんそく
<input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម 高血圧症	<input type="checkbox"/> អេដស៍ エイズ	<input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពេញទឹក 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他	<input type="checkbox"/> ជំងឺស្លាយប្រមេះ 梅毒	

---

តើបច្ចុប្បន្នមានជាប់ទៅព្យាបាលជម្ងឺអ្វីមួយនៅមន្ទីរពេទ្យណាដែរឬទេ? 現在治療している病気はありますか  បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់រក្សាវះកាត់ដែរឬទេ? 手術を受けたことがありますか  បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់បានបញ្ចូលឈាមដែរឬទេ? 輸血を受けたことがありますか  បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか  បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

# សំណួរដែលទាក់ទងនឹងផ្នែកវះកាត់

外科問診票

ភាសាខ្មែរ  
カンボジア語

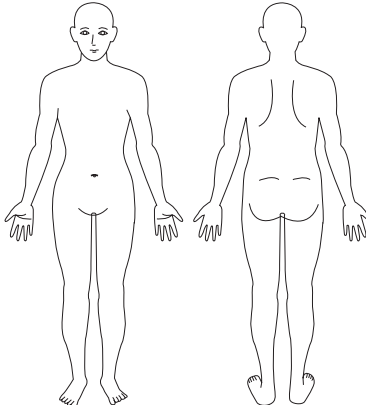
សូមគូសសញ្ញា  នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈព្រះបាទសម្តេច あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ 年

ខែ 月

ថ្ងៃ 日

ឈ្មោះ: 名前	<input type="checkbox"/> ប្រុស 男 <input type="checkbox"/> ស្រី 女
កំណើត: 生年月日	ឆ្នាំ 年 ខែ 月 ថ្ងៃ 日 ទូរស័ព្ទ 電話
អាសយដ្ឋាន: 住所	
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
សញ្ជាតិ: 国籍	ភាសា: 言葉

<p>អ្នកឈឺអ្វី? どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> កម្ដៅ ( អង្សា ) 熱がある <input type="checkbox"/> ឈឺពោះ: お腹が痛い <input type="checkbox"/> រង្វល់ けが</p> <p><input type="checkbox"/> រលាក やけど <input type="checkbox"/> ពក じこり <input type="checkbox"/> ស្លឹក しぶれ</p> <p><input type="checkbox"/> រមួល ひねった <input type="checkbox"/> ស្រែកទំងន់ 体重が減っている <input type="checkbox"/> រមាស់ かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> ជម្ងឺគ្រួសក្នុងប្រមាត់ 胆石 <input type="checkbox"/> ហើម 腫れ <input type="checkbox"/> ឫសដូងចាត 痔</p> <p><input type="checkbox"/> លាមកលាយឈាម 血便 <input type="checkbox"/> បំពង់ក のど (甲状腺) <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他</p> <p><input type="checkbox"/> ពេជ្រចង្កេះ: បណ្តាលមកពីគ្រឿងបន្លាស់ 脱腸 (ヘルニア) <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他</p> <p><input type="checkbox"/> ក 首 <input type="checkbox"/> សួត 肺 <input type="checkbox"/> ដោះ: 乳房</p> <p><input type="checkbox"/> ក្រពះ: 胃 <input type="checkbox"/> វន្ទ 腸 <input type="checkbox"/> ពេជ្រ 腸</p>	 <p>សូមសរសេររងមូលនៅកន្លែងនោះ: 症状のあるところに丸をしてください</p>
<p>អ្នកមានបញ្ហាតាំងពីពេលណាមក? それはいつからですか</p> <p>តាំងពី 年 月 日 から</p>	
<p>តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំឬញ៉ាំចំណីអាហារដែរឬទេ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → <input type="checkbox"/> ថ្នាំ 薬 <input type="checkbox"/> ចំណីអាហារ 食べ物 <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他 <input type="checkbox"/> ទេ いいえ</p>	
<p>តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែរឬទេបច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមកខ្ញុំមើលបន្តិចមើល 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> ទេ いいえ</p>	
<p>តើនាងកំពុងមានផ្ទៃពោះឬមានការសង្ស័យថាមានផ្ទៃពោះ? 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"/> បាទ/ចាស はい → ខែ 月 <input type="checkbox"/> ទេ いいえ</p>	
<p>តើនាងបំបៅដោះឲ្យកូនឬទេ? 授乳中ですか</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ</p>	
<p>តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺអ្វីខ្លះ? 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពះ: 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើម 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> ជំងឺជម្រង់ទឹកនោម 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> របបង 結核 <input type="checkbox"/> រោគទឹកនោមផ្អែម 糖尿病 <input type="checkbox"/> ហឺត ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម 高血圧症 <input type="checkbox"/> អេដស៍ エイズ <input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពេញទឹក 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> ជម្ងឺស្វាយប្រមេះ 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他</p>	
<p>តើបច្ចុប្បន្នមានជាប់ទៅព្យាបាលជម្ងឺអ្វីមួយនៅមន្ទីរពេទ្យណាដែរឬទេ? 現在治療している病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ</p>	
<p>តើអ្នកធ្លាប់វះកាត់ដែរឬទេ? 手術を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ</p>	
<p>តើអ្នកធ្លាប់បានបញ្ជូនឈាមដែរឬទេ? 輸血を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ</p>	
<p>តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាដោយសារថ្នាំសន្លប់ឬទេ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ</p>	
<p>បើអ្នកមានសំបុត្រពេទ្យបញ្ជាក់ សូមឆ្លើយសំណួរខាងស្តាំ 紹介状のある方だけ書いてください</p>	
<p>តើអ្នកមានហ្វីលថតការស្ទង់រូបដែរឬទេ? レントゲンフィルムを持っていますか</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ</p>	
<p>តើអ្នកមានហ្វីលកាមេរ៉ាដែលមើលខាងក្នុងសរសៃឬទេ? 内視鏡フィルムを持っていますか</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ</p>	

តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

បាទ/ចាស はい ទេ いいえ

〈2/2ページ〉

# សំនួរទាក់ទងនឹងផ្នែកសន្ទាក់អ្វីៗ

せいけい げ か もんしん ひょう  
整形外科問診票

ភាសាខ្មែរ  
カンボジア語

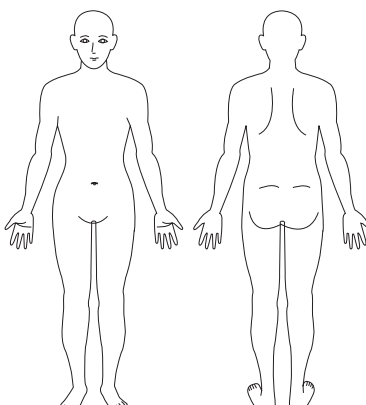
សូមគូសសញ្ញា  នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈជាគរបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ ねん 年

ខែ がつ 月

ថ្ងៃ にち 日

ឈ្មោះ: 名前	<input type="checkbox"/> ប្រុស 男 <input type="checkbox"/> ស្រី 女
កំណើត 生年月日	ឆ្នាំ 年 ខែ 月 ថ្ងៃ 日 ទូរស័ព្ទ 電話
អាសយដ្ឋាន 住所	
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
សញ្ជាតិ 国籍	ភាសា 言葉

អ្នកឈឺអ្វី? どうしましたか	 <p>សូមសរសេររង់ចាំមូលនៅកន្លែងនោះ 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> កម្ដៅ (អង្សា) 熱がある <input type="checkbox"/> ឈឺ 痛み <input type="checkbox"/> រលាក けが <input type="checkbox"/> រលាក やけど <input type="checkbox"/> ពក しろり <input type="checkbox"/> ហើម 是れもの <input type="checkbox"/> មាស់ かゆい <input type="checkbox"/> ស្លឹក しぶれ <input type="checkbox"/> មូល びねった <input type="checkbox"/> ស្រែកទំងន់ 体重が減っている <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他	
អ្នកមានបញ្ហាតាំងពីពេលណាមក? それはいつからですか	
តាំងពី ឆ្នាំ 年 ខែ 月 ថ្ងៃ 日から	
តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំឬញ៉ាំចំណីអាហារដែរឬទេ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → <input type="checkbox"/> ថ្នាំ 薬 <input type="checkbox"/> ចំណីអាហារ 食べ物 <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他 <input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែរឬទេបច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមកខ្ញុំមើលបន្តិចមើល 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
តើនាងកំពុងមានផ្ទៃពោះឬមានការសង្ស័យថាមានផ្ទៃពោះ? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> ចាស はい → ខែ 月 <input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
តើនាងបំបៅដោះឲ្យកូនឬទេ? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺអ្វីខ្លះ? 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពះ 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើម 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង 心臓の病気 <input type="checkbox"/> ជំងឺដង្កូវទឹកនោម 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> របេង 結核 <input type="checkbox"/> រោគទឹកនោមផ្អែម 糖尿病 <input type="checkbox"/> ហ៊ឺត ぜんそく <input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម 高血圧症 <input type="checkbox"/> អេដស៍ エイズ <input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> ជំងឺស្វាយប្រមេះ 梅毒 <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他	
តើបច្ចុប្បន្នមានជាប់ទៅព្យាបាលជំងឺអ្វីមួយនៅមន្ទីរពេទ្យណាដែរឬទេ? 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
តើអ្នកធ្លាប់រក្សាកាត់ដែរឬទេ? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
តើអ្នកធ្លាប់បានបញ្ចូលឈាមដែរឬទេ? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាដោយសារថ្នាំសន្លប់ឬទេ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ

# សំណួរដែលទាក់ទងនឹងខួរក្បាល

のうしんけいげ かもんしんひょう  
脳神経外科問診票

ភាសាខ្មែរ  
カンボジア語

សូមគូសសញ្ញា  នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈព្រោះវាអាចជាជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ あてはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ ねん

ខែ がつ

ថ្ងៃ にち

ឈ្មោះ <small>なまえ</small> 名前	<input type="checkbox"/> ប្រុស <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> ស្រី <small>おんな</small> 女		
កំណើត <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	_____ ឆ្នាំ <small>ねん</small> 年	_____ ខែ <small>がつ</small> 月	_____ ថ្ងៃ <small>にち</small> 日	ទូរស័ព្ទ <small>でんわ</small> 電話
អាសយដ្ឋាន <small>じゅうしょ</small> 住所				
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? <small>けんこうほけんも</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ទេ <small>いいえ</small>		
សញ្ជាតិ <small>こくさき</small> 国籍	ភាសា <small>ことば</small> 言葉			

អ្នកឈឺអ្វី? どうしましたか

ឈឺក្បាល あたまいた 頭痛い  
 ឈឺចុងត្រចៀក みみなり 耳鳴り  
 បាត់ស្មារតី いしき 意識がなくなる  
 ពិបាកមើល ものみ 物が見えにくい  
 ពិបាកកម្រើកដៃជើង てあしうご 手足の動きが悪い  
 វិលមុខ めまい  
 ឈាមស្មា かた 肩こり  
 ពិបាកឮ き 聞こえにくい  
 ពិបាកដើរ ある 歩きにくい  
 ផ្សេងៗ その他

អ្នកមានបញ្ហាតាំងពីពេលណាមក? それはいつからですか

តាំងពី \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ ねん 年 \_\_\_\_\_ ខែ がつ 月 \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ にち 日から

តើអ្នកដែលមានទង្គិចក្បាលឬទេ? あたま 頭をぶつきましたか

បាទ/ចាស はい → \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ ねん 年 \_\_\_\_\_ ខែ がつ 月 \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ にち 日から  ទេ いいえ

ទង្គិចក្បាលកន្លែងណា? どこをぶつきましたか

ខាងមុខ ぜんとうぶ 前頭部  
 ខាងក្រោយ こうとうぶ 後頭部  
 ខាងស្តាំ みぎよこ 右横  
 ខាងឆ្វេង ひだりよこ 左横

នេះដោយគ្រោះថ្នាក់ចរាចរឬទេ? こうつうじこ 交通事故ですか

បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

មនុស្សដែលឈឺក្បាលត្រូវឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម あたまいたかた 頭痛い方への質問です

ឈឺកន្លែងណា? どこが 痛みますか

ខាងមុខ ぜんとうぶ 前頭部  
 ខាងក្រោយ こうとうぶ 後頭部  
 ខាងស្តាំ みぎよこ 右横  
 ខាងឆ្វេង ひだりよこ 左横  
 ទាំងមូល あたまぜんたい 頭全体

ឈឺយ៉ាងម៉េច? どのように 痛みますか

ឈឺចាក់ ズキズキン  
 ឈឺនឹង ガンガン  
 ឈឺដូចបែក ガーンと割れるように  
 ឈឺចុក キリキリ  
 ឈឺធ្លៀបៗ チクチク  
 ផ្សេងៗ その他

ឈឺពេលណា? いつが 一番痛いですか

ព្រឹក あさ 朝  
 ថ្ងៃ ひる 昼  
 ថ្ងៃល្ងាច ゆうがた 夕方  
 ពេញមួយថ្ងៃ いちにちじゅう 一日中

តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំឬញ៉ាំចំណីអាហារដែរឬទេ? くすり た もの 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

បាទ/ចាស はい →  ថ្នាំ くすり 薬  ចំណីអាហារ た もの 食べ物  ផ្សេងៗ た 其他  ទេ いいえ

តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែរឬទេបច្ចុប្បន្ននេះ? げんざいの 現在飲んでいる薬はありますか

បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមកខ្ញុំមើលបន្តិចមើល も 持っていれば見せてください  ទេ いいえ

តើនាងកំពុងមានផ្ទៃពោះឬមានការសង្ស័យថាមានផ្ទៃពោះ? 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

បាទ/ចាស はい → \_\_\_\_\_ ខែ かげつ 月  ទេ いいえ

តើនាងបំបៅដោះឲ្យកូនឬទេ? じゆうちゅう 授乳中ですか

បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ



<b>តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺអ្វីខ្លះ? 今までにかかった病気はありますか</b>			
<input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពះ: 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើម: 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង: 心臓の病気	<input type="checkbox"/> ហ៊ីត: ぜんそく
<input type="checkbox"/> ជំងឺជម្រងទឹកនោម: 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> ររបេង: 結核	<input type="checkbox"/> ធាតុទឹកនោមផ្អែម: 糖尿病	<input type="checkbox"/> ជំងឺស្វាយប្រមេះ: 梅毒
<input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម: 高血圧症	<input type="checkbox"/> អេដស៍: エイズ	<input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត: 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> ជំងឺផ្សេងៗ: その他
<b>តើបច្ចុប្បន្នមានជាប់ទៅព្យាបាលជំងឺអ្វីមួយនៅមន្ទីរពេទ្យណាដែរឬទេ? 現在治療している病気はありますか</b>			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
<b>តើអ្នកញ៉ាំស្រាឬទេ? お酒を飲みますか</b>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → _____	<b>មីលីលីត្រ /ថ្ងៃ ml/日</b>	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ
<b>តើអ្នកជក់បារីឬទេ? たばこを吸いますか</b>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → _____	<b>ដើម/ថ្ងៃ 本/日</b>	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ
<b>តើអ្នកធ្លាប់រក្សាកាត់ដៃឬទេ? 手術を受けたことがありますか</b>			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
<b>តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាដោយសារថ្នាំសន្លប់ឬទេ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか</b>			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
<b>តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか</b>			
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ			

# កំណត់ហេតុសរសេរសំណួរជម្ងឺសតិអារម្មណ៍

せいしん かもんしんひょう  
精神科問診票

ភាសាខ្មែរ  
カンボジア語

សូមគូសសញ្ញា ៗ នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈ ធាតុរបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ 年

ខែ 月

ថ្ងៃ 日

ឈ្មោះ: 名前		<input type="checkbox"/> ប្រុស 男	<input type="checkbox"/> ស្រី 女
កំណើត 生年月日	_____ ឆ្នាំ 年 _____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日	ទូរស័ព្ទ 電話番号	
អាសយដ្ឋាន 住所			
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន はい	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
សញ្ជាតិ 国籍		ភាសា 言葉	

## អ្នកឈឺអ្វី? どうしましたか

<input type="checkbox"/> គេងមិនលក់ 眠れない	<input type="checkbox"/> និយាយច្រើនជាងពេលមុន いつもよりよくしゃべる
<input type="checkbox"/> ចំបាំងអារម្មណ៍ឆាប់ភ័យរន្ធត់ 不安やパニック発作	
<input type="checkbox"/> ជិតខ្លួនមិនមានមនុស្សប៉ុន្តែមានអារម្មណ៍ ថាស្តាប់ឮសម្លេងមនុស្ស 周りに人がいないのに声が聞こえる	
<input type="checkbox"/> មានអារម្មណ៍ភ្នែកភាំងៗ うつ気分	<input type="checkbox"/> មិនស្លាប់ 元気がない
<input type="checkbox"/> មានអារម្មណ៍ថា គេមើលមកខ្លួន 人に見られている気がする	<input type="checkbox"/> ស្លាប់ខុសធម្មតា 元気が良すぎる
<input type="checkbox"/> បាត់បង់ការចងចាំ 意識がなくなる	<input type="checkbox"/> ចង់ស្លាប់ 死にたい
<input type="checkbox"/> ឆាប់មានអារម្មណ៍រីករាយ 興奮しやすい	<input type="checkbox"/> ឆោឆោវាយដំបង្កជម្លោះ 暴力をふるう
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他	

## អ្នកមានបញ្ហាតាំងពីពេលណាមក? それはいつからですか

តាំងពី \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ 年 \_\_\_\_\_ ខែ 月 \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ 日から

## តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំឬញ៉ាំចំណីអាហារដែរឬទេ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

បាទ/ចាស はい →  ថ្នាំ 薬  ចំណីអាហារ 食べ物  ផ្សេងៗ 其他  ទេ いいえ

## អ្នកមកជាមួយ 付添者の氏名

ត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នកជម្ងឺ 本人との関係  គ្រួសារ 家族  មិត្តភក្តិ 友人  ផ្សេងៗ 其他 → ( )

## គំនិតពីអ្នកណាដែលចង់មកពិនិត្យជម្ងឺថ្ងៃនេះ? 本日の受診はどなたの意志ですか

ខ្លួនឆ្នាល 本人  គ្រួសារ 家族  មិត្តភក្តិ 友人  សមត្ថកិច្ចប៉ូលិស 警察  ពីកន្លែងធ្វើការ 勤務先の人

ផ្សេងៗ 其他 → ( )

## គោលបំណងអ្វីចង់មកពិនិត្យជម្ងឺថ្ងៃនេះ? 本日の受診の目的は何ですか

ពិនិត្យសុខភាព 診断  លទ្ធផលពិនិត្យសុខភាព 診断書

មកព្យាបាលធាតុ 治療  គេងពេញ 入院

ចង់មានការណែនាំទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេង 紹介  គោលគំនិតទី២ セカンドオピニオン

ផ្សេងៗ 其他 → ( )

## តើនាងកំពុងមានផ្ទៃពោះឬមានការសង្ស័យថាមានផ្ទៃពោះ? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

បាស はい → \_\_\_\_\_ ខែ 月  ទេ いいえ

## តើនាងបំបៅដោះឲ្យកូនឬទេ? 授乳中ですか

បាស はい  ទេ いいえ

## តើបច្ចុប្បន្នមានជាប់ទៅព្យាបាលជម្ងឺអ្វីមួយនៅមន្ទីរ 現在治療中の病気はありますか

បាទ/ចាស はい → ឈ្មោះមន្ទីរព្យាបាល 医療機関名  ទេ いいえ

## តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែរឬទេបច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか

បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមកខ្ញុំមើលបន្តិចមើល 持っていれば見せてください  ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺអ្វីខ្លះ? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

ជំងឺឆាប់ភ្លេច にんちしょう 認知症

ជំងឺញៀនសុរាប្បញៀនថ្នាំ アルコール や 薬物 依存

រោគសតិអារម្មណ៍ 気分障害 →  មូរហ្មង 躁病

មូរហ្មងភ្នឹកភ្នាំង 躁鬱病  ភ្នឹកភ្នាំង 鬱病

ស្លន្លំបាត់ភាពម្ចាស់ការ パニック

ជំងឺគេងមិនលក់ 不眠症

រោគបាត់បង់ភាពម្ចាស់ការ パーソナリティー障害

បាត់បង់ការលូតលាស់ 発達障害

មិនលូតលាស់សតិអារម្មណ៍ 精神遅滞

ស្លន់ជាន់ てんかん

ជំងឺបែកសតិអារម្មណ៍ 統合失調症

ធ្វេសប្រហែសបាត់បង់ការប្រយ័ត 注意欠陥 (如) 多動性障害

ផ្សេងៗ その他 → ( )

តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ





# សំណួរដែលទាក់ទងនឹងវិជ្ជាពេទ្យកុមារ

しょうに かもんしんひょう  
小児科問診票

ភាសាខ្មែរ  
カンボジア語

សូមគូសសញ្ញា  នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈ: ជាគរបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ 年

ខែ 月

ថ្ងៃ 日

ឈ្មោះកូន 子どもの名前	<input type="checkbox"/> ប្រុស 男 <input type="checkbox"/> ស្រី 女
កំណើត 生年月日	ឆ្នាំ 年 ខែ 月 ថ្ងៃ 日 អាយុ 年齢
អាសយដ្ឋាន 住所	ទូរស័ព្ទ 電話
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
សញ្ជាតិ 国籍	ភាសា 言葉

អ្នក(គាត់)ឈឺអ្វី? どうしましたか

<input type="checkbox"/> កម្ដៅ( 発熱) 熱がある	<input type="checkbox"/> ឈឺបំពង់ក 喉の痛み	<input type="checkbox"/> ក្អក せき	<input type="checkbox"/> ស្បែកជាន់ 皮膚が赤くなる
<input type="checkbox"/> ក្រៀមក្រំ 元気がない	<input type="checkbox"/> មិនស្រួលចិត្ត 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> ហើម むくみ	<input type="checkbox"/> ឈឺក្បាល 頭が痛い
<input type="checkbox"/> ឈឺពោះ: お腹が痛い	<input type="checkbox"/> ឈឺទ្រូង 胸が痛い	<input type="checkbox"/> ចេញ 発しん	<input type="checkbox"/> ឈឺក្រពះ: 胃が痛い
<input type="checkbox"/> ក្អក 嘔吐	<input type="checkbox"/> ញ៉ាំបាយលែងសូវបាន 食欲がない	<input type="checkbox"/> អសោច 吐き気	<input type="checkbox"/> ញ៉ាំបាយលែងសូវបាន 体重の増加不良
<input type="checkbox"/> ញ៉ាំបាយលែងសូវបាន 体重の増加不良	<input type="checkbox"/> រាគ 下痢	<input type="checkbox"/> លាមកលាយឈាម 血便	<input type="checkbox"/> ជឹកទឹកដោះគោមិនសូវបាន ミルクの飲みが悪い
<input type="checkbox"/> ជឹកទឹកដោះគោមិនសូវបាន ミルクの飲みが悪い	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ 其他		

អ្នកមានបញ្ហាតាំងពីពេលណាមក? それはいつからですか តាំងពី 年 月 日 ថ្ងៃ 日から

តើអ្នក(គាត់)ដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ការលេបថ្នាំឬញ៉ាំចំណីអាហារដោយសារការញ៉ាំទឹកដោះគោឬទេ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

បាទ/ចាស はい →  ថ្នាំ 薬  ពងមាន 卵  ទឹកដោះគោ 牛乳  ចំណីអាហារក្រៅពីនេះ: 其他の食べ物  ផ្សេងៗ 其他  ទេ いいえ

តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែរឬទេបច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか

បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមន្ត្រីយើងមើល 持っていれば見せてください  ទេ いいえ

អ្នក(គាត់)លេបថ្នាំធុនណាបាន? どんな種類の薬が飲めますか

ថ្នាំទឹក シロップ  ថ្នាំប្រេង 粉薬  ថ្នាំគ្រាប់ឬថ្នាំគ្រាប់ពងសង្ហា 錠剤またはカプセル

ស្ថានភាពពេលឆ្លងទន្លេ 出産の時のようす

ទម្ងន់កូន 赤ちゃんの体重 អាយុមាយ 母親の年齢

កើតកូនធម្មតា 正常分娩  កើតកូនមិនធម្មតា 異常分娩  កើតកូនតាមវះពោះ: 帝王切開

បានចាក់វ៉ាក់សាំងការពារហើយ 接種済み予防接種

<input type="checkbox"/> ជម្ងឺផ្តាសាយអាចបណ្តាលអោយរលាកស្រោមខួរ 髄膜炎	<input type="checkbox"/> ជម្ងឺរលាកថ្លើម 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> ជំងឺស្វិតដៃជើង ポリオ
<input type="checkbox"/> ថ្នាំបង្កាបធាតុប្រភេទ 三種混合		
<input type="checkbox"/> ជម្ងឺប្រភេទ(ក្នុងមាន) ខាន់ស្លាក់ តេតាណូស និងស្វិតដៃជើង 四種混合		<input type="checkbox"/> BCG BCG
<input type="checkbox"/> ធាតុកញ្ជ្រើល 麻しん・風しん混合	<input type="checkbox"/> អុតតូច 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> សាលាទែន おたふく風邪
<input type="checkbox"/> ធាតុរលាកខួរក្បាលជម្ងឺដែលបណ្តាលមកពីមូសខាំ 日本脳炎	<input type="checkbox"/> ជម្ងឺអាសន្នរោគ ロタウイルス	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ 其他

តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺអ្វីខ្លះ? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពះ: 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើម 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង 心臓の病気
<input type="checkbox"/> ជំងឺជម្រង់ទឹកនោម 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> របេង 結核	<input type="checkbox"/> ធាតុទឹកនោមផ្អែម 糖尿病
<input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម 高血圧症	<input type="checkbox"/> អេដស៍ エイズ	<input type="checkbox"/> ប៊ីត ぜんそく
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ 其他	<input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> ជម្ងឺស្វាយប្រមេ: 梅毒

តើបច្ចុប្បន្នមានជាប់ទៅព្យាបាលជម្ងឺអ្វីមួយនៅមន្ទីរពេទ្យណាដែរឬទេ? 現在治療している病気はありますか  បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់វះកាត់ដែរឬទេ? 手術を受けたことがありますか  បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

តើអ្នក(គាត់)ដែលមានបញ្ហាដោយសារថ្នាំសន្លប់ឬទេ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか  បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか  បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

# សំណួរដែលទាក់ទងនឹងគ្រូពេទ្យឯកទេសខាងរោគស្បែក

ひふ かもんしんひょう  
皮膚科問診票

ភាសាខ្មែរ  
カンボジア語

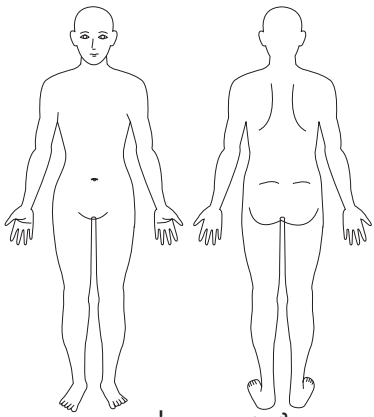
សូមគូសសញ្ញា  នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈរោគរបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ 年

ខែ 月

ថ្ងៃ 日

ឈ្មោះ: 名前			<input type="checkbox"/> ប្រុស 男	<input type="checkbox"/> ស្រី 女
កំណើត 生年月日	ឆ្នាំ 年	ខែ 月	ថ្ងៃ 日	ទូរស័ព្ទ 電話
អាសយដ្ឋាន 住所				
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន はい		<input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
សញ្ជាតិ 国籍	ភាសា 言葉			

អ្នកឈឺអ្វី? どうしましたか	 <p>សូមសរសេរវង់មូលនៅកន្លែងនោះ 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> កម្ដៅ (អង្សា) 熱がある <input type="checkbox"/> ឈឺ 痛い <input type="checkbox"/> មាស かゆい <input type="checkbox"/> រលាក やけど <input type="checkbox"/> បួស 発しん <input type="checkbox"/> ជាំ 湿しん <input type="checkbox"/> ជាំ あざ <input type="checkbox"/> ប្រជ្រុយ ぼくろ <input type="checkbox"/> ស្នាម しみ <input type="checkbox"/> ទឹកស៊ីជើង 水虫 <input type="checkbox"/> រងៃ じくじくしている <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他	
អ្នកមានបញ្ហាតាំងពីអង្កាល់មក? それはいつからですか	
តាំងពី ឆ្នាំ 年 ខែ 月 ថ្ងៃ 日から	
អាការៈរោគប្រែប្រួលឬទេ? その症状は変化していますか	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំឬញ៉ាំចំណីអាហារដែរឬទេ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → <input type="checkbox"/> ថ្នាំ 薬 <input type="checkbox"/> ចំណីអាហារ 食べ物 <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他 <input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែរឬទេបច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមកខ្ញុំមើលបន្តិចមើល 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
តើនាងកំពុងមានផ្ទៃពោះឬមានការសង្ស័យថាមានផ្ទៃពោះ? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> ចាស はい → ខែ 月 <input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
តើនាងបំបៅដោះឲ្យកូនឬទេ? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺអ្វីខ្លះ? 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពះ 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើម 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង 心臓の病気 <input type="checkbox"/> ជំងឺជម្រងទឹកនោម 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> របង 結核 <input type="checkbox"/> រោគទឹកនោមផ្អែម 糖尿病 <input type="checkbox"/> ហឺត ぜんそく <input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម 高血圧症 <input type="checkbox"/> អេដស៍ エイズ <input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> ជំងឺស្វាយប្រមេះ 梅毒 <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他	
តើបច្ចុប្បន្នមានជាប់ទៅព្យាបាលជំងឺអ្វីមួយនៅមន្ទីរពេទ្យណាដែរឬទេ? 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
តើអ្នកធ្លាប់រក្សាវះកាត់ដែរឬទេ? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាដោយសារថ្នាំសន្លប់ឬទេ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ	

# សំណួរទាក់ទងនឹងពេទ្យផ្នែកស្ត្រី

さん ぶ じん か もんしんひょう  
産婦人科問診票

ភាសាខ្មែរ  
カンボジア語

សូមគូសសញ្ញា  នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈ: ជាគរបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ ねん

ខែ がつ

ថ្ងៃ じつ

ឈ្មោះ: 名前	<input type="checkbox"/> ប្រុស 男 <input type="checkbox"/> ស្រី 女
កំណើត 生年月日	_____ ឆ្នាំ 年 _____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日
អាសយដ្ឋាន 住所	ទូរស័ព្ទ 電話
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
សញ្ជាតិ 国籍	ភាសា 言葉

អ្នកឈឺអ្វី? どうしましたか

មានផ្ទៃពោះ: 妊娠  រដូវប្លែកពីធម្មតា: 月経の異常  ធ្លាក់ស おりもの  ឈឺផ្នែកខាងក្រោមនៃពោះ: 下腹部が痛い  
 ធ្លាក់ឈាម 不正性器出血  ពងបែក: ポリープ  អណ្តាសយដុះពក: 卵巣のう腫瘍  
 រមាស់ 性器のかゆみ  សាច់ស្បូនជាំ: 子宮筋腫  ពិនិត្យជំងឺមហារីក: がん検診  
 ជំងឺមិនអាចមានផ្ទៃពោះ: 不妊症  ជម្ងឺខ្វះឈាម: 貧血  ផ្សេងៗ: その他

អំពីរដូវប្រចាំខែ 生理について

មកខែដំបូងកាលអាយុប៉ុន្មាន? 初めて生理があったのはいつですか

អាយុ \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ 才

រំងខែកាលអាយុប៉ុន្មាន? 閉経はいつですか

អាយុ \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ 才

កំឡុងមកខែទៀងទាត់ឬទេ? 生理は順調ですか

បាទ はい  ទេ いいえ

រយៈពេលអន្តរាយ 周期について

រយៈ: 28 ថ្ងៃ 28日型  រយៈ: 30 ថ្ងៃ 30日型  រយៈ: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ 日型  មិនទៀងទាត់ 不順

មកម្តងមានរយៈ 生理の期間について

\_\_\_\_\_ ថ្ងៃ 日簡

មកខែច្រើនឬតិច 生理の量について

ច្រើន 多い  ធម្មតា 普通  តិច 少ない

ពេលមកខែមានឈឺទេ? 生理痛はありますか

បាទ はい  ទេ いいえ

មកខែចុងក្រោយក្នុងរយៈ 最終月経は

\_\_\_\_\_ ខែ 月 \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ 日

ប្រវត្តិមានផ្ទៃពោះ: 妊娠した回数

មានផ្ទៃពោះ: 妊娠 \_\_\_\_\_ ដង 回

កើតកូន 分娩 \_\_\_\_\_ ដង 回 →  ធម្មតា 正常分娩 \_\_\_\_\_ ដង 回  មិនធម្មតា 異常分娩 \_\_\_\_\_ ដង 回

រលូតកូន 流産 \_\_\_\_\_ ដង 回 →  រលូតកូន 自然流産 \_\_\_\_\_ ដង 回  ឲ្យគេយកកូនចេញ 人工流産 \_\_\_\_\_ ដង 回

ផ្សេងៗ: その他  មានផ្ទៃពោះ: ខាងក្រៅស្បូន 子宮外妊娠  hydatidiform mole 胎状奇胎

តើអ្នកចង់សម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យនេះឬទេ? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか

បាទ はい  ទេ いいえ

តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអាហារវិជ្ជមានឬទេ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

បាទ/ចាស はい →  ថ្នាំ 薬  ចំណីអាហារ 食べ物  ផ្សេងៗ: その他  ទេ いいえ

តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែរឬទេបច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか

បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមកខ្ញុំមើលបន្តិចមើល 持っていれば見せてください  ទេ いいえ

តើអ្នកដែលពិនិត្យជំងឺមហារីកឬទេ? がん検診を受けたことがありますか

បាទ はい → \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ 年 \_\_\_\_\_ ខែ 月 \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ 日  ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺអ្វីខ្លះ? いま までにかかった びょうき がありますか

- ជំងឺក្រពះ 胃腸の病気  ជំងឺថ្លើម 肝臓の病気  ជំងឺបេះដូង 心臓の病気  
 ជំងឺជម្រងទឹកនោម 腎臓の病気  រលង 結核  រោគទឹកនោមផ្អែម 糖尿病  ហឺត ぜんそく  
 ជំងឺលើសឈាម 高血圧症  អេដស៍ エイズ  ជំងឺក្រពេញទឹក 甲状腺の病気  ជំងឺកាមរោគ 性病  
 ផ្សេងៗ その他

តើអ្នកធ្លាប់រក្សាកាត់ដៃឬទេ? 手術を受けたことがありますか

បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់បានបញ្ចូលឈាមដៃឬទេ? 輸血を受けたことがありますか

បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

សូមសរសេរព័ត៌មានអាយុក្រួសារអ្នក សូមគូសសញ្ញា(✓)នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈរោគរបស់អ្នក かぞく びょうき 家族の病歴

	អាយុ 年齢	សុខភាពល្អ 健康	សុខភាពមិនល្អ 健康ではない	ជំងឺតំណពូជ 遺伝病	ជំងឺឈាមឡើង 高血圧	ជំងឺឈាមឡើង 糖尿病	ជំងឺមហារីក がん
ឪពុក 父	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ម្តាយ 母	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បងប្អូនប្រុស 兄弟	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បងប្អូនស្រី 姉妹	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ប្តី 夫	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
កូន 子ども	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដៃឬទេ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

# សំណួរទាក់ទងនឹងពេទ្យភ្នែក

がん か もんしんひょう  
眼科問診票

ភាសាខ្មែរ  
カンボジア語

សូមគូសសញ្ញា  នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈ: ជាគរបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ ねん

ខែ がつ

ថ្ងៃ じち

ឈ្មោះ: 名前	<input type="checkbox"/> ប្រុស 男 <input type="checkbox"/> ស្រី 女
កំណើត 生年月日	_____ ឆ្នាំ 年 _____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日
អាសយដ្ឋាន 住所	ទូរស័ព្ទ 電話
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
សញ្ជាតិ 国籍	ភាសា 言葉

អ្នកឈឺអ្វី? どうしましたか

<input type="checkbox"/> ភ្នែកស្តាំ 右眼	<input type="checkbox"/> ភ្នែកឆ្វេង 左眼	<input type="checkbox"/> ភ្នែកគូ 両眼	<input type="checkbox"/> ចេញទឹកភ្នែក 涙が出る
<input type="checkbox"/> ឈឺ 痛い	<input type="checkbox"/> ពិបាកភ្នែក 目やに	<input type="checkbox"/> ហើម 是れもの	
<input type="checkbox"/> រកាំភ្នែក ゴロゴロする	<input type="checkbox"/> ពិបាកឃើញ 見えにくい	<input type="checkbox"/> ចាំងភ្នែក まぶしい	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他
<input type="checkbox"/> មានមួយមើលឃើញពីរ 物が二重に見える			

អ្នកមានបញ្ហាតាំងពីពេលណាមក? それはいつからですか

តាំងពី \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ 年 \_\_\_\_\_ ខែ 月 \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ 日から

តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំឬញ៉ាំចំណីអាហារដែរឬទេ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

បាទ/ចាស はい →  ថ្នាំ 薬  ចំណីអាហារ 食べ物  ផ្សេងៗ その他  ទេ いいえ

តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែរឬទេបច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか

បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមកខ្ញុំមើលបន្តិចមើល 持っていれば見せてください  ទេ いいえ

តើនាងកំពុងមានផ្ទៃពោះឬមានការសង្ស័យថាមានផ្ទៃពោះ? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

ចាស はい → \_\_\_\_\_ ខែ ヶ月  ទេ いいえ

តើនាងបំបៅដោះឲ្យកូនឬទេ? 授乳中ですか  ចាស はい  ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាដោយសារថ្នាំសន្លប់ឬទេ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか  បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺអ្វីខ្លះ? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពះ 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើម 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង 心臓の病気
<input type="checkbox"/> ជំងឺជម្រងទឹកនោម 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> រាបង 結核	<input type="checkbox"/> រោគទឹកនោមផ្អែម 糖尿病
<input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម 高血圧症	<input type="checkbox"/> អរជសី エイズ	<input type="checkbox"/> ជំងឺក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他		<input type="checkbox"/> ប៊ីត ぜんそく
		<input type="checkbox"/> ជំងឺស្វាយប្រមេ 梅毒

តើបច្ចុប្បន្នមានជាប់ទៅព្យាបាលជំងឺអ្វីមួយនៅមន្ទីរពេទ្យណាដែរឬទេ? 現在治療している病気はありますか  បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

តើក្នុងគ្រួសារអ្នកមានជំងឺភ្នែកឬទេ? 家族で目の病気の人がありますか

បាទ/ចាស いる → អ្នកណា 誰が \_\_\_\_\_ យ៉ាងដូចម្តេច それはどんな病気ですか \_\_\_\_\_

ទេ いない

តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか  បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

# សំណួរដែលទាក់ទងនឹងផ្នែកត្រចៀកច្រមុះ

ភាសាខ្មែរ  
カンボジア語

じ び いん こう か もん しん びょう  
耳鼻咽喉科問診票

សូមគូសសញ្ញា  នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈ: ធានារបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ 年

ខែ 月

ថ្ងៃ 日

ឈ្មោះ: 名前		<input type="checkbox"/> ប្រុស 男	<input type="checkbox"/> ស្រី 女
កំណើត 生年月日	_____ ឆ្នាំ 年 _____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日	ទូរស័ព្ទ 電話番号	
អាសយដ្ឋាន 住所			
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន はい	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
សញ្ជាតិ 国籍		ភាសា 言葉	

អ្នកឈឺអ្វី? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> កម្ដៅ( អង្សា) 熱がある	<input type="checkbox"/> ដួចជាធ្ងន់ក្បាល 頭が重い	<input type="checkbox"/> ឈឺក្បាល 頭が痛い	
អាការៈ: រោគត្រចៀក 耳の症状			
<input type="checkbox"/> ត្រចៀកស្តាំ 右	<input type="checkbox"/> ត្រចៀកឆ្វេង 左	<input type="checkbox"/> ត្រចៀកទាំងពីរ 両方	<input type="checkbox"/> ឈឺត្រចៀក 耳が痛い
<input type="checkbox"/> ហៀរទឹក 耳だれ	<input type="checkbox"/> ហឹងត្រចៀក 耳なり	<input type="checkbox"/> អាចម៍ត្រចៀក 耳あか	<input type="checkbox"/> វិលមុខ めまい
<input type="checkbox"/> ពិបាកឮ 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> ដួចជាជិតរន្ធត្រចៀក 耳がふさがった感じ		
អាការៈ: រោគច្រមុះ 鼻の症状			
<input type="checkbox"/> តឹងច្រមុះ 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> តឹងច្រមុះ 鼻がでる	<input type="checkbox"/> កណ្តាស់ くしゃみ	<input type="checkbox"/> ឈាមច្រមុះ 鼻血
<input type="checkbox"/> ស្រមុក 鼻かき	<input type="checkbox"/> ហិតមិនជុំក្លិន においがわからない		
អាការៈ: រោគបំពង់ក のどの症状			
<input type="checkbox"/> ឈឺអណ្តាត 舌が痛い	<input type="checkbox"/> ឈឺបំពង់ក のどが痛い	<input type="checkbox"/> ក្អក せき	<input type="checkbox"/> ស្លេស្នី たん
<input type="checkbox"/> ដួចជាមានស្និដ្ឋាន どのに何かある感じ	<input type="checkbox"/> សំឡេងស្តី 声がかれる		
<input type="checkbox"/> ពិបាកលេប 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> ហើមមុ/ក 顔・頸部(くび)の腫れ		
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他			
អ្នកមានបញ្ហាតាំងពីពេលណាមក? それはいつからですか	តាំងពី _____ ឆ្នាំ 年 _____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日から		
តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំឬញ៉ាំចំណីអាហារដែរឬទេ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → <input type="checkbox"/> ថ្នាំ 薬 <input type="checkbox"/> ចំណីអាហារ 食べ物 <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ		
តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែរឬទេបច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមកខ្ញុំមើលបន្តិចមើល 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ		
តើនាងកំពុងមានផ្ទៃពោះឬមានការសង្ស័យថាមានផ្ទៃពោះ? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> ចាស はい → _____ ខែ 月	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ		
តើនាងបំបៅដោះឲ្យកូនឬទេ? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> ចាស はい	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ
តើអ្នកញ៉ាំស្រាឬទេ? お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → _____ មីលីលីត្រ / 日 ml/日	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
តើអ្នកជក់បារីឬទេ? たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → _____ ដើម/ថ្ងៃ 本/日	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
តើអ្នកធ្លាប់រក្សាកាត់ដែរឬទេ? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
តើអ្នកធ្លាប់បានបញ្ជូនឈាមដែរឬទេ? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាដោយសារថ្នាំសន្លប់ឬទេ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ	
តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ? 今後、通訳を自分で連れて来てることができますか			
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい	<input type="checkbox"/> ទេ いいえ		

# សំណួរដែលទាក់ទងនឹងទន្ធពេទ្យ

し か もんしんひょう  
歯科問診票

ភាសាខ្មែរ  
カンボジア語

សូមគូសសញ្ញា  នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈពេទ្យរបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ ねん

ខែ がつ

ថ្ងៃ じち

ឈ្មោះ: 名前	<input type="checkbox"/> ប្រុស 男 <input type="checkbox"/> ស្រី 女
កំណើត 生年月日	_____ ឆ្នាំ 年 _____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日
អាសយដ្ឋាន 住所	ទូរស័ព្ទ 電話
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
សញ្ជាតិ 国籍	ភាសា 言葉

អ្នកឈឺអ្វី? どうしましたか

ឈឺធ្មេញ 歯が痛い  របះគ្រឿងញាត់ 物がとれた  ឈឺអញ្ចាញធ្មេញ 歯ぐきがかゆい  
 ព្យាបាលធ្មេញ 虫歯を治してほしい  ធ្មេញដាក់ 入れ歯を作りたい  ធ្មេញដាក់ខូចខាត 入れ歯がこわれた  
 ព្យាបាលជួរធ្មេញ 歯並びを治したい  ពិនិត្យធ្មេញ 検診  
 យកចេញចោលអាចម៍ធ្មេញក្រោម 歯石・歯こうを取りたい  ជុំមាត់ 口臭  ផ្សេងៗ その他

តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំឬញ៉ាំចំណីអាហារដែរឬទេ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

បាទ/ចាស はい →  ថ្នាំ 薬  ចំណីអាហារ 食べ物  ផ្សេងៗ その他  ទេ いいえ

តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែរឬទេបច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか

បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមកខ្ញុំមើលបន្តិចមើល 持っていれば見せてください  ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាដោយសារថ្នាំសន្លប់ឬទេ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか

បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

អ្នកមានដែលដកធ្មេញឬទេ? 歯を抜いたことがありますか

បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

តើនាងកំពុងមានផ្ទៃពោះឬមានការសង្ស័យថាមានផ្ទៃពោះ? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

ចាស はい → \_\_\_\_\_ ខែ 月  ទេ いいえ

តើនាងបំបៅដោះឲ្យកូនឬទេ? 授乳中ですか

ចាស はい  ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺអ្វីខ្លះ? 今までにかかった病気はありますか

ជំងឺក្រពះ 胃腸の病気  ជំងឺថ្លើម 肝臓の病気  ជំងឺបេះដូង 心臓の病気  
 ជំងឺជម្រងទឹកនោម 腎臓の病気  របបង 結核  រោគទឹកនោមផ្អែម 糖尿病  ហឺត ぜんそく  
 ជំងឺលើសឈាម 高血圧症  អេដស៍ エイズ  ជំងឺក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត 甲状腺の病気  ជំងឺស្វាយប្រមេះ 梅毒  
 ផ្សេងៗ その他

តើបច្ចុប្បន្នមានជាប់ទៅព្យាបាលជំងឺអ្វីមួយនៅមន្ទីរពេទ្យណាដែរឬទេ? 現在治療している病気はありますか

បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

បំណងចំពោះការមកព្យាបាល 治療に対する希望

ខ្ញុំចង់ព្យាបាលធ្មេញអាក្រក់ទាំងអស់ 悪いところは全て治したい  
 ខ្ញុំចង់ព្យាបាលតែធ្មេញឈឺ 今痛い歯だけを治したい  
 បង់ប្រាក់ព្យាបាលទាំងអស់ដោយខ្លួនឯងមិនអីទេ 自費診療でもかまわない  
 ខ្ញុំចង់ព្យាបាលក្នុងការធានារ៉ាប់រង 保険の範囲内で治したい  
 ខ្ញុំចង់និយាយជាមួយពេទ្យហើយសម្រេចចិត្តព្យាបាល 相談して決めたい

តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ