

សំណួរដែលទាក់ទងនឹងផ្នែកវះកាត់

外科問診票

ភាសាខ្មែរ
カンボジア語

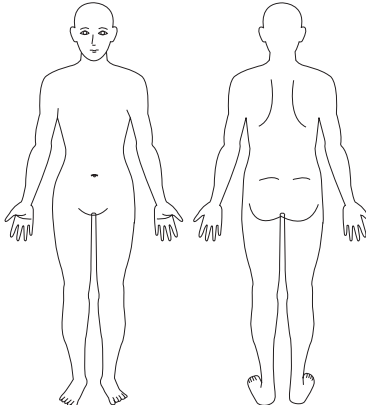
សូមគូសសញ្ញា នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈជាគរបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ ねん

ខែ がつ

ថ្ងៃ 日にち

ឈ្មោះ: 名前	<input type="checkbox"/> ប្រុស 男 <input type="checkbox"/> ស្រី 女	
កំណើត: 生年月日	_____ ឆ្នាំ 年 _____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日	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		 <p>សូមសរសេររងមូលនៅកន្លែងនោះ: 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"/> ឈឺពោះ: お腹が痛い <input type="checkbox"/> រង្វួល けが <input type="checkbox"/> រលាក やけど <input type="checkbox"/> ពក じこり <input type="checkbox"/> ស្លឹក しぶれ <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 <input type="checkbox"/> ជម្ងឺគ្រួសក្នុងប្រមាត់ 胆石 <input type="checkbox"/> ហើម 腫れ <input type="checkbox"/> ឫសដូងចាត 痔 <input type="checkbox"/> លាមកលាយឈាម 血便 <input type="checkbox"/> បំពង់ក 甲状腺 (甲状腺) <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ 其他 <input type="checkbox"/> ពេជ្រចង្កេះ: 疝気 (ヘルニア) <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ 其他 <input type="checkbox"/> ក 首 <input type="checkbox"/> សួត 肺 <input type="checkbox"/> ដោះ: 乳房 <input type="checkbox"/> ក្រពះ: 胃 <input type="checkbox"/> វន្ទ 腸 <input type="checkbox"/> ពេជ្រ 腸		
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 其他 <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"/> បាទ/ចាស はい → _____ ខែ ヶ月 <input type="checkbox"/> ទេ いいえ		
តើនាងបំបៅដោះឲ្យកូនឬទេ? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> បាទ/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"/> 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 <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"/> ជម្ងឺស្វាយប្រមេះ: 梅毒 <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ 其他		
តើបច្ចុប្បន្នមានជាប់ទៅព្យាបាលជម្ងឺអ្វីមួយនៅមន្ទីរពេទ្យណាដែរឬទេ? 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
តើអ្នកធ្លាប់វះកាត់ដែរឬទេ? 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
បើអ្នកមានសំបុត្រពេទ្យបញ្ជាក់ សូមឆ្លើយសំណួរខាងស្តាំ 紹介状のある方だけ書いてください		
តើអ្នកមានហ្វីលថតការស្ទង់រូបដែរឬទេ? レントゲンフィルムを持っていますか		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
តើអ្នកមានហ្វីលកាមេរ៉ាដែលមើលខាងក្នុងសរសៃឬទេ? 内視鏡フィルムを持っていますか		<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

បាទ/ចាស はい ទេ いいえ

〈2/2ページ〉