

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	
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		