

# 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  នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈព្រោះរបស់អ្នក 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"/> ឈឺក្បាល 頭が痛い	<input type="checkbox"/> វិលមុខ めまい	<input type="checkbox"/> អសោច 吐き気	<input type="checkbox"/> ក្អក 嘔吐
<input type="checkbox"/> ហ៊ុំត្រចៀក 耳鳴り	<input type="checkbox"/> ឆាយស្មា 肩こり	<input type="checkbox"/> ស្លឹក しびれ	<input type="checkbox"/> ញាប់ញ័រដៃជើង 手足のふるえ
<input type="checkbox"/> បាត់ស្មារតី 意識がなくなる	<input type="checkbox"/> ពិបាកឮ 聞こえにくい		
<input type="checkbox"/> ពិបាកមើល 物が見えにくい	<input type="checkbox"/> ពិបាកដើរ 歩きにくい		
<input type="checkbox"/> ពិបាកកម្រើកដៃជើង 手足の動きが悪い	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ 其他		

អ្នកមានបញ្ហាតាំងពីពេលណាមក? それはいつからですか

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

តើអ្នកដែលមានទង្គិចក្បាលឬទេ? 頭をぶつきましたか

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

ទង្គិចក្បាលកន្លែងណា? どこをぶつきましたか

ខាងមុខ 前頭部  ខាងក្រោយ 後頭部  ខាងស្តាំ 右横  ខាងឆ្វេង 左横

នេះដោយគ្រោះថ្នាក់ចរាចរឬទេ? 交通事故ですか

បាទ/ចាស はい  ទេ いいえ

មនុស្សដែលឈឺក្បាលត្រូវឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម 頭が痛い方への質問です

ឈឺកន្លែងណា? どこが痛みますか

ខាងមុខ 前頭部  ខាងក្រោយ 後頭部  ខាងស្តាំ 右横  ខាងឆ្វេង 左横  ទាំងមូល 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 ザーンと割れるように

ឈឺចុក キラキラ  ឈឺធ្លៀបៗ チックチック  ផ្សេងៗ 其他

ឈឺពេលណា? いつが一番痛いですか

ព្រឹក 朝  ថ្ងៃ 昼  ថ្ងៃល្ងាច 夕方  ពេញមួយថ្ងៃ 一日中

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

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 月  ទេ いいえ

តើនាងបំបៅដោះឲ្យកូនឬទេ? 授乳中ですか

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"/> ជំងឺជម្រង់ទឹកនោម: 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> រលង: 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			