

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

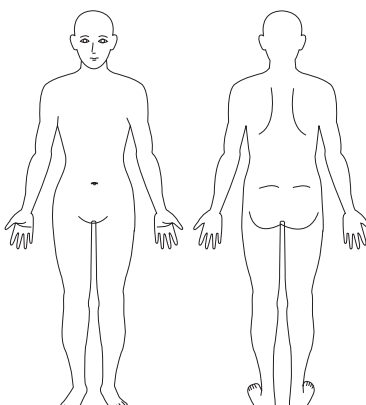
សូមគូសសញ្ញា នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈជាគរបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

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>សូមសរសេររង់ចំណុចនៅកន្លែងនោះ 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"/> រហួស けが <input type="checkbox"/> រលាក やけど <input type="checkbox"/> ពក しろり <input type="checkbox"/> ហើម はれもの <input type="checkbox"/> រមាស់ かゆい <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"/> ផ្សេងៗ その他	
អ្នកមានបញ្ហាតាំងពីពេលណាមក? それはいつからですか	
តាំងពី ឆ្នាំ 年 ខែ 月 ថ្ងៃ 日から	
តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំឬប្រើប្រាស់អាហារដែលបង្កឱ្យមានប្រតិកម្ម? 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	
តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែលប្រើប្រាស់បច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស はい → សូមឱ្យមកខ្ញុំមើលបន្តិចមើល 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	
តើនាងបំបៅដោះឱ្យកូនឬទេ? 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	