

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"/> រោគទឹកនោមផ្អែម 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