

KEDOKTERAN BAGIAN DALAM

ない か もんしんひょう
内科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda ☒ pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

nama 名前			☐ Laki-laki 男 ☐ perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	_____
alamat 住所	_____		
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?		☐ ya はい ☐ tidak いいえ	
warga negara 国籍	_____	bahasa 言葉	_____

Apa masalah anda? どうしましたか			
☐ demam(熱がある)	☐ sakit tenggorokan のどが痛い	☐ batuk せき	☐ sakit kepala 頭が痛い
☐ sakit dada 胸が痛い	☐ gatal dan merah pada kulit 発しん	☐ berdebar jantung 動悸	
☐ susah bernapas 息切れ	☐ bengkak むくみ	☐ pusing めまい	☐ Sesak dada 胸が苦しい
☐ sakit dibagian perut お腹が痛い	☐ lambung perut sakit 胃が痛い	☐ darah tinggi 高血圧	☐ mati rasa しびれ
☐ tenggorokan kering 口が渇く	☐ berat badan menurun 体重が減っている	☐ perut terasa kembung お腹が張る	
☐ tidak selera makan 食欲がない	☐ muntah 嘔吐	☐ mual 吐き気	☐ diare/menceret 下痢
☐ berak darah 血便	☐ lesu だるい	☐ mudah lelah 疲れやすい	☐ lainnya その他
Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか			
_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から			
Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
☐ ya はい → ☐ obat 薬 ☐ makanan 食べ物 ☐ lainnya その他 ☐ tidak いいえ			
Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでいる薬はありますか			
☐ ya はい → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください ☐ tidak いいえ			
Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
☐ ya はい → _____ bulan 月 ☐ tidak いいえ			
Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Anda pernah punya penyakit apa? 今までにかかった病気はありますか			
☐ penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気	☐ penyakit limpa 肝臓の病気	☐ penyakit jantung 心臓の病気	
☐ penyakit ginjal 腎臓の病気	☐ TBC 結核	☐ asma ぜんそく	
☐ darah tinggi 高血圧症	☐ AIDS エイズ	☐ kelenjar gondok 甲状腺の病気	
☐ lainnya その他		☐ sipilis 梅毒	
Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? 現在治療している病気はありますか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Apakah Anda pernah melakukan operasi? 手術を受けたことがありますか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Anda pernah mengalami transfusi darah? 輸血を受けたことがありますか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
☐ ya はい ☐ tidak いいえ			

PEMBEDAHAN

げ か もんしんひょう
外科問診票

Indonesian
インドネシア語

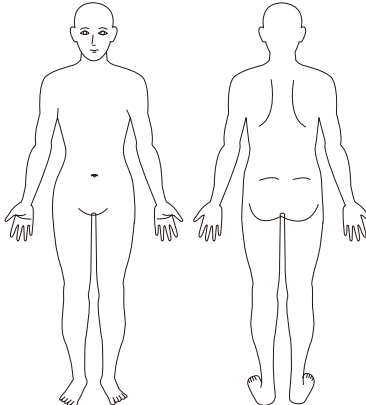
Beri tanda ☒ pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年

bulan 月

tanggal 日

nama 名前			☐ Laki-laki 男 ☐ perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?		☐ ya はい	☐ tidak いいえ
warga negara 国籍		bahasa 言葉	

Apa masalah anda? どうしましたか		 Lingkari pada gambar. 症状のあるところに丸をしてください
☐ demam(熱がある) ☐ sakit perut お腹が痛い ☐ luka けが ☐ terbakar やけど ☐ benjolan しこり ☐ mati rasa(kesemutan) しびれ ☐ keseleo/salah urat ひねった ☐ berat badan menurun 体重が減っている ☐ gatal かゆい ☐ empedu batu 胆石 ☐ bengkak 腫れ ☐ wasir 痔 ☐ berak darah 血便 ☐ tenggorokan のど(甲状腺) ☐ hernia(turun berok) 脱腸(ヘルニア) ☐ lainnya その他 ☐ leher 首 ☐ paru paru 肺 ☐ payudara 乳房 ☐ lambung perut 胃 ☐ puser へそ ☐ usus 腸		
Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から		
Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか ☐ ya はい → ☐ obat 薬 ☐ makanan 食べ物 ☐ lainnya その他 ☐ tidak いいえ		
Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでいる薬はありますか ☐ ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください ☐ tidak いいえ		
Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか ☐ ya はい → _____ bulan 月 ☐ tidak いいえ		
Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか ☐ ya はい ☐ tidak いいえ		
Anda pernah punya penyakit apa? 今までにかかった病気はありますか ☐ penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気 ☐ penyakit limpa 肝臓の病気 ☐ penyakit jantung 心臓の病気 ☐ penyakit ginjal 腎臓の病気 ☐ TBC 結核 ☐ kencing manis 糖尿病 ☐ asma ぜんそく ☐ darah tinggi 高血圧症 ☐ AIDS エイズ ☐ kelenjar gondok 甲状腺の病気 ☐ sipilis 梅毒 ☐ lainnya その他		
Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? 現在治療している病気はありますか ☐ ya はい ☐ tidak いいえ		
Apakah Anda pernah melakukan operasi? 手術を受けたことがありますか ☐ ya はい ☐ tidak いいえ		
Anda pernah mengalami transfusi darah? 輸血を受けたことがありますか ☐ ya はい ☐ tidak いいえ		
Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? 麻酔をして何かトラブルがありましたか ☐ ya はい ☐ tidak いいえ		
Jika mendapat surat pengantar dari dokter, jawablah pertanyaan dibawa ini. 紹介状のある方だけ書いてください		
Anda ada membawa hasil Ronsen(sinar x) レントゲンフィルムを持っていますか ☐ ya はい ☐ tidak いいえ		
Anda ada membawa hasil Endoscope? 内視鏡フィルムを持っていますか ☐ ya はい ☐ tidak いいえ		

Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

☐ ya はい

☐ tidak いいえ

〈2/2ページ〉

BAGIAN TULANG DAN SENDI

せいけい げ か もんしんひょう
整形外科問診票

Indonesian
インドネシア語

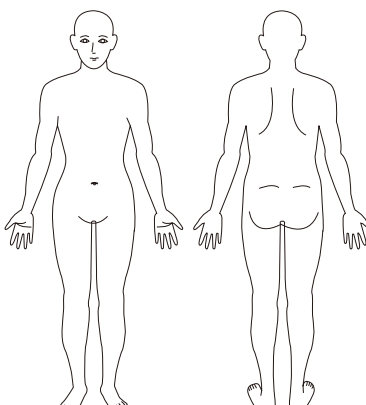
Beri tanda ☒ pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年

bulan 月

tanggal 日

nama 名前			☐ Laki-laki 男 ☐ perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?		☐ ya はい	☐ tidak いいえ
warga negara 国籍		bahasa 言葉	

Apa masalah anda? どうしましたか		 Lingkari pada gambar. 症状のあるところに丸をしてください
☐ demam(熱がある) ☐ sakit 痛み ☐ luka けが ☐ terbakar やけど ☐ benjolan しこり ☐ bengkak はれもの ☐ gatal かゆい ☐ mati rasa(kesemutan) しびれ ☐ keseleo/salah urat ひねった ☐ berat badan menurun 体重が減っている ☐ lainnya その他		
Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から		
Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか ☐ ya はい → ☐ obat 薬 ☐ makanan 食べ物 ☐ lainnya その他 ☐ tidak いいえ		
Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでる薬はありますか ☐ ya はい → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください ☐ tidak いいえ		
Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか ☐ ya はい → _____ bulan 月 ☐ tidak いいえ		
Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Anda pernah punya penyakit apa? 今までにかかった病気はありますか ☐ penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気 ☐ penyakit limpa 肝臓の病気 ☐ penyakit jantung 心臓の病気 ☐ penyakit ginjal 腎臓の病気 ☐ TBC 結核 ☐ kencing manis 糖尿病 ☐ asma ぜんそく ☐ darah tinggi 高血圧症 ☐ AIDS エイズ ☐ kelenjar gondok 甲状腺の病気 ☐ sipilis 梅毒 ☐ lainnya その他		
Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? 現在治療している病気はありますか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Apakah Anda pernah melakukan operasi? 手術を受けたことがありますか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Anda pernah mengalami transfusi darah? 輸血を受けたことがありますか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか ☐ ya はい ☐ tidak いいえ		

BAGIAN SARAF OTAK

のうしんけいげ かもんしんひょう
脳神経外科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda ☒ pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

nama 名前			☐ Laki-laki 男 ☐ perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?		☐ ya はい ☐ tidak いいえ	
warga negara 国籍		bahasa 言葉	

Apa masalah anda? どうしましたか			
☐ sakit kepala 頭が痛い	☐ pusing めまい	☐ mual 吐き気	☐ muntah 嘔吐
☐ telinga berdengung 耳鳴り	☐ pundak sakit 肩こり	☐ mati rasa しびれ	☐ Tangan dan kaki gemetar 手足のふるえ
☐ hilang kesadaran 意識がなくなる		☐ pendengaran kurang 聞こえにくい	
☐ penglihatan kurang 物が見えにくい		☐ susah berjalan 歩きにくい	
☐ kaki dan tangan susah digerakan 手足の動きが悪い		☐ lainnya その他	
Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか		_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から	
Pernahkan kepala anda terbentur? 頭をぶつきましたか			
☐ ya はい → _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から		☐ tidak いいえ	
Bagian mana yang terbentur? どこをぶつきましたか			
☐ bagian depan kepala 前頭部	☐ bagian belakang kepala 後頭部	☐ samping kanan 右横	☐ samping kiri 左横
Apakah karena kecelakaan lalu lintas? 交通事故ですか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ	
Bagi yang mempunyai sakit kepala jawablah pertanyaan dibawah ini. 頭が痛い方への質問です			
Dimana sakitnya? どこが痛みますか			
☐ bagian depan kepala 前頭部	☐ bagian belakang kepala 後頭部	☐ samping kanan 右横	
☐ samping kiri 左横	☐ seluruh kepala 頭全体		
Bagaimanakah sakitnya? どのように痛みますか			
☐ berdenyut ズキンズキン	☐ kepala sakitnya bukan main ガンガン	☐ seperti dipukul palu ガーンと割れるように	
☐ sakitnya seperti tertusuk-tusuk キリキリ	☐ menusuk-nusuk チクチク	☐ lainnya その他	
Dalam sehari kapan yang paling merasa sakit? いつが一番痛いですか			
☐ pagi 朝	☐ siang 昼	☐ malam 夕方	☐ sepanjang hari 一日中
Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
☐ ya はい → ☐ obat 薬 ☐ makanan 食べ物 ☐ lainnya その他		☐ tidak いいえ	
Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでる薬はありますか			
☐ ya はい → Apabila di bawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください		☐ tidak いいえ	
Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
☐ ya はい → _____ bulan 月		☐ tidak いいえ	
Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ

<1/2ページ>

Anda pernah punya penyakit apa? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか			
☐ penyakit lambung いちょう びょうき perut dan gangguan usus 胃腸の病気	☐ penyakit limpa かんぞう びょうき 肝臓の病気	☐ penyakit jantung しんぞう びょうき 心臓の病気	
☐ penyakit ginjal じんぞう びょうき 腎臓の病気	☐ TBC けっかく 結核	☐ kencing manis とうによびょう 糖尿病	☐ asma ぜんそく
☐ darah tinggi こうけつあつしょう 高血圧症	☐ AIDS エイズ	☐ kelenjar gondok こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気	☐ sipilis はいどく 梅毒
☐ lainnya た その他			
Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? げんざい ちりょう びょうき 現在治療している病気はありますか			☐ ya はい
Apakah minum minuman keras(osake)? さけ の お酒を飲みますか			☐ ya はい → _____ ml/hari ml/日 ☐ tidak いいえ
Apakah Anda merokok? す たばこを吸いますか			☐ ya はい → _____ batang/hari ほん ひ 本/日 ☐ tidak いいえ
Pernah mengalami pembedahan / operasi? しゅじゅつ う 手術を受けたことがありますか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? ますい なに 麻酔をして何かトラブルがありましたか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? こんご づうやく じぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
☐ ya はい ☐ tidak いいえ			

<2/2ページ>

Beri tanda ☒ pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年

bulan 月

tanggal 日

nama 名前			☐ Laki-laki 男 ☐ perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?		☐ ya はい ☐ tidak いいえ	
warga negara 国籍		bahasa 言葉	

Apa masalah anda? どうしましたか

- ☐ Tidak bisa tidur 眠れない ☐ lebih banyak bicara daripada biasanya いつもよりよくしゃべる
☐ merasa gelisah atau serangan panik 不安やパニック発作
☐ mendengar suara walaupun tidak ada seorang pun di sekitar 周りに人がいないのに声が聞こえる
☐ merasa depresi うつ気分 ☐ kurang bersemangat 元気がない
☐ merasa bahwa seseorang sedang mengawasi saya 人に見られている気がする
☐ terlalu bersemangat 元気が良すぎる ☐ menjadi tidak sadarkan diri 意識がなくなる
☐ memiliki keinginan untuk bunuh diri 死にたい ☐ mudah gembira 興奮しやすい
☐ cenderung melakukan kekerasan 暴力をふるう ☐ lainnya その他

Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか

_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から

Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

☐ ya はい → ☐ obat 薬 ☐ makanan 食べ物 ☐ lainnya その他 ☐ tidak いいえ

Nama pasien 付添者の氏名

 Hubungan dengan Anda 本人との関係 ☐ keluarga 家族 ☐ teman 友人 ☐ lainnya その他 → ()

Siapa yang menyarankan Anda untuk mengunjungi kami hari ini? 本日の受診はどなたの意志ですか

☐ Anda 本人 ☐ keluarga 家族 ☐ teman 友人 ☐ polisi 警察 ☐ seseorang di tempat kerja Anda 勤務先の人
☐ lainnya その他 → ()

Apa tujuan Anda berkunjung hari ini? 本日の受診の目的は何ですか

- ☐ diagnosa 診断 ☐ untuk mendapat surat keterangan dokter 診断書
☐ perawatan 治療 ☐ rawat inap 入院
☐ untuk dirujuk ke lembaga lainnya 紹介 ☐ mengambil opini kedua セカンドオピニオン
☐ lainnya その他 → ()

Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

☐ ya はい → _____ bulan ヶ月 ☐ tidak いいえ

Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか

☐ ya はい ☐ tidak いいえ

Apakah Anda mempunyai penyakit lainnya yang sedang ditangani oleh Dokter? 現在治療中の病気はありますか

☐ ya はい → nama lembaga kesehatan 医療機関名 ☐ tidak いいえ

Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでいる薬はありますか

☐ ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください ☐ tidak いいえ

Anda pernah punya penyakit apa? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

- | | |
|---|---|
| ☐ dementia <small>にんちしょう</small> 認知症 | ☐ ketergantungan alkohol dan obat-obatan <small>やくぶついぞん</small> アルコールや薬物依存 |
| ☐ masalah suasana hati <small>きぶんしょうがい</small> 気分障害 → ☐ mania <small>そうびょう</small> 躁病 | ☐ manic-depressive psychosis <small>そううつびょう</small> 躁鬱病 ☐ depresi <small>うつびょう</small> 鬱病 |
| ☐ panik <small>パニック</small> | ☐ insomnia <small>ふみんしょう</small> 不眠症 |
| ☐ masalah pribadi <small>しょうがい</small> パーソナリティー障害 | ☐ masalah yang berhubungan dengan perkembangan <small>はったつしょうがい</small> 発達障害 |
| ☐ keterbelakangan mental <small>せいしんちたい</small> 精神遅滞 | ☐ epilepsi <small>てんかん</small> てんかん |
| ☐ schizophrenia (suka mengasingkan diri) <small>どうごうしつちょうしょう</small> 統合失調症 | ☐ ADHD <small>ちゅういけつかん じょ た どうせいしょうがい</small> 注意欠陥(如)多動性障害 |
| ☐ lainnya <small>た</small> その他 → () | |

Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? こんご ふうやく じぶん 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- ☐ya はい ☐tidak いいえ

〈2/2ページ〉

KESEHATAN ANAK

しょうに かもんしんひょう
小児科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda ☒ pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年

bulan 月

tanggal 日

anak name 子どもの名前	☐ Laki-laki 男 ☐ perempuan 女	
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	umur 年齢 _____ usia 才
alamat 住所	Telepon 電話	
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか? ☐ ya はい ☐ tidak いいえ		
warga negara 国籍	bahasa 言葉	

Apa masalah anda? どうしましたか		
☐ demam(熱がある) ☐ tenggorokan sakit のどが痛い ☐ batuk せき	☐ gampang marah 機嫌が悪い ☐ bengkok むくみ	
☐ kejang pada bayi ひきつけをおこす ☐ murung/tidak aktif 元気がない ☐ sakit kepala 頭が痛い ☐ sakit dibagian perut お腹が痛い ☐ sakit dada 胸が痛い ☐ bintik merah 発しん	☐ lambung perut sakit 胃が痛い ☐ muntah 嘔吐 ☐ tidak selera makan 食欲がない ☐ mual 吐き気	
☐ berat badan tidak bertambah 体重の増加不良 ☐ minum susu kurang ミルクの飲みが悪い ☐ mencret 下痢 ☐ berak darah 血便	☐ lainnya その他	
Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から		
Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか		
☐ ya はい → ☐ obat 薬 ☐ telur 卵 ☐ susu 牛乳 ☐ makanan lain その他の食べ物 ☐ lainnya その他 ☐ tidak いいえ		
Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでる薬はありますか		
☐ ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください ☐ tidak いいえ		
Jenis obat yang bagaimana yang biasa diminum? どんな種類の薬が飲めますか		
☐ syrup シロップ ☐ bubuk 粉薬 ☐ tablet atau kapsul 錠剤またはカプセル		
bagaimana keadaan ketika melahirkan? 出産の時のようす		
berat badan bayi _____ g 赤ちゃんの体重	umur ibu _____ 母親の年齢	
☐ kelahiran biasa 正常分娩 ☐ kelahiran tidak biasa 異常分娩 ☐ operasi cesar 帝王切開		
suntikan(sudah imunisasi) 接種済み予防接種		
☐ vaksin Hib ヒブ ☐ bakteri pneumococcus 肺炎球菌 ☐ Polio ポリオ	☐ DPT-IPV 四種混合 ☐ BCG BCG	
☐ DPC(tiga kombinasi) 三種混合 ☐ MR 麻疹・風しん混合 ☐ cacar air 水ぼうそう ☐ gondong おたふく風邪 ☐ Radang otak Jepang 日本脳炎	☐ infeksi rotavirus ロタウィルス ☐ lainnya その他	
Penyakit apa yang pernah anda alami? 今までにかかった病気はありますか		
☐ Rubella 風しん ☐ cacar air 水ぼうそう ☐ campak 麻疹 ☐ asma ぜんそく	☐ gondong おたふく風邪 ☐ batuk rejan 百日ぜき ☐ radang usus buntu 虫垂炎 ☐ radang otak Jepang 日本脳炎	
☐ MCLS(penyakit Kawasaki) 川崎病 ☐ bintik merah 突発性発しん ☐ lainnya その他	☐ kejang-kejang/ayan 熱性けいれん	
Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? 現在治療している病気はありますか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Apakah Anda pernah melakukan operasi? 手術を受けたことがありますか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか		
☐ ya はい ☐ tidak いいえ		

BAGIAN KULIT

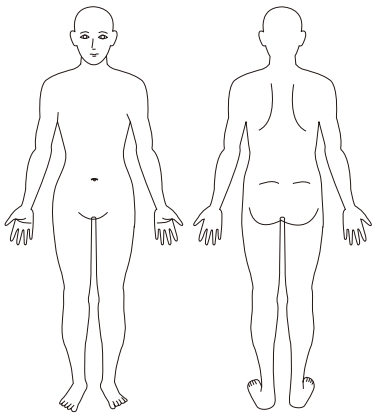
ひ ふ か もんしんひょう
皮膚科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda ☒ pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

nama 名前			☐ Laki-laki 男 ☐ perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?		☐ ya はい	☐ tidak いいえ
warga negara 国籍		bahasa 言葉	

Apa masalah anda? どうしましたか		 Lingkari pada gambar. 症状のあるところに丸をしてください
☐ demam (°C) 熱がある ☐ sakit 痛い ☐ gatal かゆい ☐ terbakar やけど ☐ bintik merah 発疹 ☐ eksim 湿疹 ☐ bercak merah あざ ☐ Tahi lalat ほくろ ☐ flek hitam しみ ☐ kutu air 水虫 ☐ Luka bernanah/borok じくじくしている ☐ lainnya その他		
Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか		
_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から		
Apakah dari gejala tersebut ada perubahan tidak normal di badan Anda? その症状は変化していますか		
☐ ya はい ☐ tidak いいえ		
Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか		
☐ ya はい → ☐ obat 薬 ☐ makanan 食べ物 ☐ lainnya その他 ☐ tidak いいえ		
Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでいる薬はありますか		
☐ ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください ☐ tidak いいえ		
Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか		
☐ ya はい → _____ bulan 月 ☐ tidak いいえ		
Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Anda pernah punya penyakit apa? 今までにかかった病気はありますか		
☐ penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気 ☐ penyakit limpa 肝臓の病気 ☐ penyakit jantung 心臓の病気 ☐ penyakit ginjal 腎臓の病気 ☐ TBC 結核 ☐ kencing manis 糖尿病 ☐ asma ぜんそく ☐ darah tinggi 高血圧症 ☐ AIDS エイズ ☐ kelenjar gondok 甲状腺の病気 ☐ sipilis 梅毒 ☐ lainnya その他		
Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? 現在治療している病気はありますか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Apakah Anda pernah melakukan operasi? 手術を受けたことがありますか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか		
☐ ya はい ☐ tidak いいえ		

KEBIDANAN DAN GINEKOLOGI

さん ふ じん か もんしんひょう
産婦人科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda ☒ pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

nama 名前			☐ Laki-laki 男 ☐ perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?		☐ ya はい ☐ tidak いいえ	
warga negara 国籍		bahasa 言葉	
Tinggi Badan 身長	_____ cm	Berat Badan 体重	_____ kg

Apa masalah anda? どうしましたか	
☐ hamil 妊娠 ☐ datang bulan tidak teratur 月経の異常 ☐ keputihan おりもの	
☐ sakit dibagian perut 下腹部が痛い ☐ pendarahan di kemaluan 不正性器出血	
☐ polip ポリープ ☐ Mioma uteri 子宮筋腫 ☐ Tumor induk telur 卵巣のう腫瘍 ☐ gatal pada kemaluan 性器のかゆみ	
☐ periksa kanker がん検診 ☐ sterility 不妊症 ☐ anemia/kurang darah 貧血 ☐ lainnya その他	
Tentang datang bulan 生理について	
Kapan pertama kali datang bulan? 初めて生理があったのはいつですか	umur _____ 才
Kapan anda menopause (berhenti datang bulan)? 閉経はいつですか	umur _____ 才
Apakah datang bulannya teratur? 生理は順調ですか	☐ ya はい ☐ tidak いいえ
kurun waktu 周期について ☐ 28hari 28日型 ☐ 30hari 30日型 ☐ _____ hari 日型 ☐ tidak teratur 不順	
Lamanya datang bulan? 生理の期間について _____ hari 日間	
keluarnya datang bulan 生理の量について ☐ banyak 多い ☐ biasa 普通 ☐ sedikit 少ない	
Apakah Anda mengalami sakit ketika datang bulan? 生理痛はありますか	☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Kapan terakhir datang bulan? 最終月経は _____ bulan 月 _____ hari 日	
Apakah Anda pernah melakukan hubungan seksual? 性交経験はありますか	☐ ya はい ☐ tidak いいえ
tentang kehamilan 妊娠した回数	
☐ hamil 妊娠 _____ kali 回 ☐ melahirkan 分娩 _____ kali 回 → ☐ normal 正常分娩 _____ kali 回 ☐ tidak normal 異常分娩 _____ kali 回	
☐ keguguran 流産 _____ kali 回 → ☐ keguguran alami 自然流産 _____ kali 回 ☐ digugurkan 人工流産 _____ kali 回	
☐ lainnya その他 ☐ kandungan ada virus 子宮外妊娠 ☐ kandungan ada virus 胞状奇胎	
Apakah Anda ingin melahirkan di rumah sakit ini? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか	☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
☐ ya はい → ☐ obat 薬 ☐ makanan 食べ物 ☐ lainnya その他 ☐ tidak いいえ	
Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでる薬はありますか	
☐ ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください ☐ tidak いいえ	
Apakah Anda pernah periksa kanker? がん検診を受けたことがありますか	
☐ ya はい → _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日 ☐ tidak いいえ	

(1/2ページ)



Anda pernah punya penyakit apa? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

☐penyakit lambung perut dan gangguan usus いちょう びょうき 胃腸の病気

☐penyakit ginjal じんぞう びょうき 腎臓の病気

☐darah tinggi こうけつあつしょう 高血圧症

☐lainnya た その他

☐TBC けっかく 結核

☐AIDS エイズ エイズ

☐penyakit limpa かんぞう びょうき 肝臓の病気

☐kencing manis とうようびょう 糖尿病

☐kelenjar gondok こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気

☐penyakit jantung しんぞう びょうき 心臓の病気

☐asma ぜんそく ぜんそく

☐penyakit kelamin せいびょう 性病

Apakah Anda pernah melakukan operasi? しゅじゅつ う 手術を受けたことがありますか

☐ya はい ☐tidak いいえ

Apakah Anda pernah melakukan transfusi darah? ゆけつ う 輸血を受けたことがありますか

☐ya はい ☐tidak いいえ

Sejarah kesehatan keluarga か そく びょうれき 家族の病歴

	ねんれい 年齢	けんこう 健康	けんこう ではない 健康ではない	いでんびょう 遺伝病	こうけつあつ 高血圧	とうようびょう 糖尿病	がん Kanker
ちち ayah 父	()	☐	☐	☐	☐	☐	☐
はは ibu 母	()	☐	☐	☐	☐	☐	☐
きょうだい saudara laki-laki 兄弟	()	☐	☐	☐	☐	☐	☐
しまい saudara perempuan 姉妹	()	☐	☐	☐	☐	☐	☐
おと suami 夫	()	☐	☐	☐	☐	☐	☐
こ anak 子ども	()	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? こんご づうやく しぶん づ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

☐ya はい ☐tidak いいえ

<2/2ページ>

<http://www.kifjp.org/medical>

©  NPO法人国際交流ハーティ港南台&  (公財)かながわ国際交流財団

<2024.8>

BAGIAN MATA

がん か もんしんひょう
眼科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda ☒ pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

nama 名前			☐ Laki-laki 男 ☐ perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?		☐ ya はい ☐ tidak いいえ	
warga negara 国籍		bahasa 言葉	

Apa masalah anda? どうしましたか			
☐ mata kanan 右眼	☐ mata kiri 左眼	☐ Kedua mata 両眼	☐ mata berair 涙が出る
☐ sakit 痛い	☐ mata berlendir 目やに	☐ bisul/bengkak はれもの	
☐ mata terasa berpasir ゴロゴロする		☐ pandangan kabur 見えにくい	
☐ pandangan double 物が二重に見える	☐ silau まぶしい	☐ lainnya その他	
Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか			
_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から			
Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
☐ ya はい → ☐ obat 薬 ☐ makanan 食べ物 ☐ lainnya その他 ☐ tidak いいえ			
Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでる薬はありますか			
☐ ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください ☐ tidak いいえ			
Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
☐ ya はい → _____ bulan 月 ☐ tidak いいえ			
Apakah Anda sedang menyusui saat sekarang ini? 授乳中ですか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? 麻酔をして何かトラブルがありましたか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Anda pernah punya penyakit apa? 今までにかかった病気はありますか			
☐ penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気	☐ penyakit limpa 肝臓の病気	☐ penyakit jantung 心臓の病気	
☐ penyakit ginjal 腎臓の病気	☐ TBC 結核	☐ kencing manis 糖尿病	☐ asma ぜんそく
☐ darah tinggi 高血圧症	☐ AIDS エイズ	☐ kelenjar gondok 甲状腺の病気	☐ sipilis 梅毒
☐ lainnya その他			
Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? 現在治療している病気はありますか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Apakah anggota keluarga ada yang berpenyakit mata? 家族で目の病気の人はいいますか			
☐ ada いる → siapa? 誰が _____ sakit apa? それはどんな病気ですか _____			
☐ tidak ada いない			
Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
☐ ya はい ☐ tidak いいえ			

THT

(Telinga, Hidung dan Tenggorokan)

耳鼻咽喉科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda ☒ pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年 _____ bulan 月 _____ tanggal 日 _____

nama 名前			☐ Laki-laki 男 ☐ perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?	☐ ya はい ☐ tidak いいえ		
warga negara 国籍		bahasa 言葉	

Apa masalah anda? どうしましたか			
☐ demam(熱がある) ☐ kepala terasa berat 頭が重い ☐ sakit kepala 頭が痛い			
masalah telinga 耳の症状			
☐ kanan 右	☐ kiri 左	☐ keduanya 両方	☐ kuping sakit 耳が痛い
☐ kuping berair 耳だれ	☐ kuping berdengung 耳なり	☐ kotoran kuping 耳あか	☐ pusing/berkunang めまい
☐ pendengaran kurang jelas 聞こえが悪い	☐ kuping terasa tersumbat 耳がふさがった感じ		
masalah hidung 鼻の症状			
☐ hidung tersumbat 鼻がつまる	☐ Keluar ingus 鼻がでる	☐ bersin-bersin くしゃみ	
☐ mimisan 鼻血	☐ mendengkur いびき	☐ indera penciuman berkurang においがわからない	
masalah tenggorokan のどの症状			
☐ lidah sakit 舌が痛い	☐ tenggorokan sakit のどが痛い	☐ batuk せき	☐ dahak たん
☐ terasa ada sesuatu ditenggorokan のどに何かある感じ	☐ serak 声がかれる	☐ bengkak pada wajah/leher 顔・頸部(くび)の腫れ	
☐ susah menelan/minum 飲み込みにくい			
☐ lainnya その他			
Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか		_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から	
Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
☐ ya はい → ☐ obat 薬 ☐ makanan 食べ物 ☐ lainnya その他 ☐ tidak いいえ			
Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでいる薬はありますか			
☐ ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください ☐ tidak いいえ			
Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
☐ ya はい → _____ bulan 月 _____ ☐ tidak いいえ			
Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Apakah minum minuman keras(osake)? お酒を飲みますか		☐ ya はい → _____ ml/hari ml/日	☐ tidak いいえ
Apakah Anda merokok? たばこを吸いますか		☐ ya はい → _____ batang/hari 本/日	☐ tidak いいえ
Apakah Anda pernah melakukan operasi? 手術を受けたことがありますか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Apakah Anda pernah melakukan transfusi darah? 輸血を受けたことがありますか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? 麻酔をして何かトラブルがありましたか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
☐ ya はい ☐ tidak いいえ			

BAGIAN GIGI

し か もんしんひょう
歯科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda ☒ pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

nama 名前			☐ Laki-laki 男 ☐ perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?		☐ ya はい ☐ tidak いいえ	
warga negara 国籍		bahasa 言葉	

Apa masalah anda? どうしましたか			
☐ sakit gigi 歯が痛い ☐ tambalan lepas つめ物がとれた ☐ gusi sakit 歯ぐきが痛い ☐ Ingin menyembuhkan gigi berlubang 虫歯を治してほしい ☐ membuat gigi palsu 入れ歯を作りたい ☐ gigi palsu rusak 入れ歯がこわれた ☐ membetulkan gigi 歯並びを治したい ☐ periksa gigi 検診 ☐ membersihkan karang gigi 歯石・歯こうを取りたい ☐ Bau mulut 口臭 ☐ lainnya その他			
Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
☐ ya はい → ☐ obat 薬 ☐ makanan 食べ物 ☐ lainnya その他 ☐ tidak いいえ			
Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでる薬はありますか			
☐ ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください ☐ tidak いいえ			
Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? 麻酔をして何かトラブルがありましたか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Apakah Anda pernah cabut gigi? 歯を抜いたことがありますか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
☐ ya はい → _____ bulan ケ月 ☐ tidak いいえ			
Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Anda pernah punya penyakit apa? 今までにかかった病気はありますか			
☐ penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気 ☐ penyakit limpa 肝臓の病気 ☐ penyakit jantung 心臓の病気 ☐ penyakit ginjal 腎臓の病気 ☐ TBC 結核 ☐ kencing manis 糖尿病 ☐ asma ぜんそく ☐ darah tinggi 高血圧症 ☐ AIDS エイズ ☐ kelenjar gondok 甲状腺の病気 ☐ sipilis 梅毒 ☐ lainnya その他			
Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? 現在治療している病気はありますか			☐ ya はい ☐ tidak いいえ
Pilihan pengobatan 治療に対する希望			
☐ Semua bagian yang rusak diperbaiki. 悪いところは全て治したい ☐ Menyembuhkan bagian yang sakit saja. 今痛い歯だけを治したい ☐ Membayar secara pribadi/tanpa asuransi 自費診療でもかまわない ☐ Pengobatan dengan menggunakan asuransi kesehatan. 保険の範囲内で治したい ☐ Memutuskan berobat setelah konsultasi dengan dokter. 相談して決めたい			
Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
☐ ya はい ☐ tidak いいえ			