

THT (Telinga, Hidung dan Tenggorokan)

Indonesian
インドネシア語

じびいんどうかもんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票

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			<input type="checkbox"/> Laki-laki 男	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ya はい		<input type="checkbox"/> tidak いいえ	
warga negara 国籍	bahasa 言葉			

Apa masalah anda? どうしましたか				
<input type="checkbox"/> demam (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> kepala terasa berat 頭が重い <input type="checkbox"/> sakit kepala 頭が痛い				
masalah telinga 耳の症状				
<input type="checkbox"/> kanan 右	<input type="checkbox"/> kiri 左	<input type="checkbox"/> keduanya 両方	<input type="checkbox"/> kuping sakit 耳が痛い	
<input type="checkbox"/> kuping berair 耳だれ	<input type="checkbox"/> kuping berdengung 耳なり	<input type="checkbox"/> kotoran kuping 耳あか	<input type="checkbox"/> pusing/berkunang めまい	
<input type="checkbox"/> pendengaran kurang jelas 聞こえが悪い		<input type="checkbox"/> kuping terasa tersumbat 耳がふさがった感じ		
masalah hidung 鼻の症状				
<input type="checkbox"/> hidung tersumbat 鼻がつまる		<input type="checkbox"/> Keluar ingus 鼻がでる	<input type="checkbox"/> bersin-bersin くしゃみ	
<input type="checkbox"/> mimisan 鼻血	<input type="checkbox"/> mendengkur いびき	<input type="checkbox"/> indera penciuman berkurang においがわからない		
masalah tenggorokan のどの症状				
<input type="checkbox"/> lidah sakit 舌が痛い	<input type="checkbox"/> tenggorokan sakit のどが痛い	<input type="checkbox"/> batuk せき	<input type="checkbox"/> dahak たん	
<input type="checkbox"/> terasa ada sesuatu ditenggorokan のどに何かある感じ		<input type="checkbox"/> serak 声がかれる		
<input type="checkbox"/> susah menelan/minum 飲み込みにくい		<input type="checkbox"/> bengkak pada wajah/leher 顔・頸部(くび)の腫れ		
<input type="checkbox"/> 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				
<input type="checkbox"/> ya はい → <input type="checkbox"/> obat 薬 <input type="checkbox"/> makanan 食べ物 <input type="checkbox"/> lainnya その他 <input type="checkbox"/> 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				
<input type="checkbox"/> ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 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				
<input type="checkbox"/> ya はい → _____ bulan ヶ月 <input type="checkbox"/> tidak いいえ				
Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか				
<input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ				
Apakah minum minuman keras(osake)? お酒を飲みますか		<input type="checkbox"/> ya はい → _____ ml/hari ml/日 <input type="checkbox"/> tidak いいえ		
Apakah Anda merokok? たばこを吸いますか		<input type="checkbox"/> ya はい → _____ batang/hari 本/日 <input type="checkbox"/> tidak いいえ		
Apakah Anda pernah melakukan operasi? 手術を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ	
Apakah Anda pernah melakukan transfusi darah? 輸血を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> 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				
<input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ				