

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			<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"/> sakit tenggorokan のどが痛い	<input type="checkbox"/> batuk せき	<input type="checkbox"/> sakit kepala 頭が痛い
<input type="checkbox"/> sakit dada 胸が痛い	<input type="checkbox"/> gatal dan merah pada kulit 発しん	<input type="checkbox"/> berdebar jantung 動悸	<input type="checkbox"/> Sesak dada 胸が苦しい
<input type="checkbox"/> susah bernapas 息切れ	<input type="checkbox"/> bengkak むくみ	<input type="checkbox"/> pusing めまい	<input type="checkbox"/> mati rasa しびれ
<input type="checkbox"/> sakit dibagian perut お腹が痛い	<input type="checkbox"/> lambung perut sakit 胃が痛い	<input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧	<input type="checkbox"/> perut terasa kembung お腹が張る
<input type="checkbox"/> tenggorokan kering 口が渇く	<input type="checkbox"/> berat badan menurun 体重が減っている	<input type="checkbox"/> mual 吐き気	<input type="checkbox"/> diare/menceret 下痢
<input type="checkbox"/> tidak selera makan 食欲がない	<input type="checkbox"/> muntah 嘔吐	<input type="checkbox"/> mudah lelah 疲れやすい	<input type="checkbox"/> lainnya その他
<input type="checkbox"/> berak darah 血便	<input type="checkbox"/> lesu だるい		

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

<input type="checkbox"/> penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> penyakit limpa 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> penyakit jantung 心臓の病気
<input type="checkbox"/> penyakit ginjal 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> TBC 結核	<input type="checkbox"/> kencing manis 糖尿病
<input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS エイズ	<input type="checkbox"/> kelenjar gondok 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> lainnya その他		<input type="checkbox"/> 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