

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			<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

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

Pernahkah 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? 現在飲んでいる薬はありますか

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 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

Anda pernah punya penyakit apa? <small>いま びょうき</small> 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 <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> penyakit limpa <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> penyakit jantung <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> penyakit ginjal <small>じんぞう びょうき</small> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> TBC <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> kencing manis <small>とうようびょう</small> 糖尿病
<input type="checkbox"/> darah tinggi <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS <small>エイズ</small> エイズ	<input type="checkbox"/> kelenjar gondok <small>こうしやうせん びょうき</small> 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> lainnya <small>た</small> その他		<input type="checkbox"/> sipilis <small>はいどく</small> 梅毒
Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? <small>げんざい ちりやう びょうき</small> 現在治療している病気はありますか		
		<input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ
Apakah minum minuman keras(osake)? <small>さけ の</small> 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? <small>たばこをす</small> 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
Pernah mengalami pembedahan / operasi? <small>しゅじゆつ う</small> 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
Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? <small>ますい なに</small> 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? <small>こんご つうやく じぶん</small> 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		

<2/2ページ>