

ແບບສອບຖາມພະແນກຜິວໜັງ

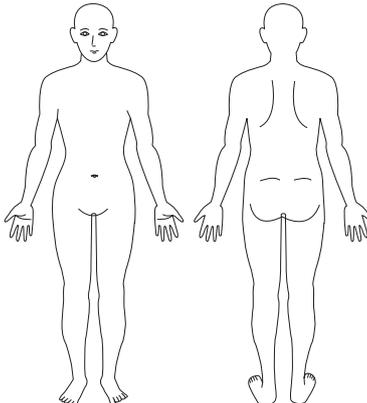
ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

ຟາສາລາວ
ラオス語

ຂໍໃດທີ່ຖືກກັບອາການເຈັບປ່ວຍຂອງທ່ານໃຫ້ໝາຍ ໃສ່ແບບນີ້, あてはまるものにチェックしてください

ປີ ^{ねん} 年 ຄົວນ ^{がつ} 月 ວັນທີ ^{にち} 日

ຊື່ ^{なまえ} 名前		<input type="checkbox"/> ຊາຍ ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> ຜົງ ^{おんな} 女
ວັນເດືອນປີເກີດ ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ ປີ ^{ねん} 年 _____ ຄົວນ ^{がつ} 月 _____ ວັນທີ ^{にち} 日	ເບີໂທລະສັບ ^{でんわ} 電話	
ບ່ອນຢູ່ ^{じゅうしょ} 住所			
ມີບັດປະກັນສຸຂະພາບບໍ່ ^{けんこうほけんも} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ມີ ^{はい} はい	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ^{いいえ} いいえ	
ສັນຊາດ ^{こくせき} 国籍		ພາສາ ^{ことば} 言葉	

ມີອາການແນວໃດ ດ້ວຍແນວໃດ ^{どうしましたか}	ໃຫ້ຂີດເຄື່ອງໝາຍ ມີອາການແບບໃດ ^{しやうじょう} 症状のあるところに丸をしてください
<input type="checkbox"/> ມີໄຂ້ (ອົງສາເຊ) ^{あせ} 熱がある <input type="checkbox"/> ເຈັບ ^{いた} 痛い <input type="checkbox"/> ຄັນ ^{かゆい} かゆい <input type="checkbox"/> ບາດແຜເຟໄໝ້ ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> ພິດຜົນ ^{ほっしん} 発しん <input type="checkbox"/> ຖຸ່ມໜື່ນໜ່ານ ^{しじ} 湿しん <input type="checkbox"/> ບານ ^{あざ} あざ <input type="checkbox"/> ໄຜ, ຂີ້ແມງວັນ ^{ほくろ} ほくろ <input type="checkbox"/> ຮອຍດ່າງ ^{しみ} しみ <input type="checkbox"/> ເປັນຫໍ່ (ເປັນໂລກນ້ຳກັດ) ^{みずむし} 水虫 <input type="checkbox"/> ເມື່ອຍລ້າ (ຊົມເລົ່າ) ^{じくじく} じくじくしている <input type="checkbox"/> ນອກຈາກນີ້ ^{その他} その他	
ເລີ່ມແຕ່ເມື່ອໃດ ^{それはいつからですか} それはいつからですか	
_____ ປີ ^{ねん} 年 _____ ຄົວນ ^{がつ} 月 _____ ວັນທີ ^{にち} 日	
ອາການທີ່ເປັນນັ້ນໄດ້ມີການປ່ຽນແປງບໍ່ ^{しやうじょうへんか} その症状は変化していますか	
<input type="checkbox"/> ມີ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ^{いいえ} いいえ	
ເຄີຍເປັນພູມແພ່ຢາຫຼືອາຫານບໍ່ ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> ເຄີຍ ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> ຢາ ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> ອາຫານ ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ ^{その他} その他 <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ ^{いいえ} いいえ	
ຊ່ວຍນີ້ມີຢາທີ່ຕ້ອງກິນເປັນປະຈຳບໍ່ ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> ມີ ^{はい} はい → ຖ້າຖືຢາມາບໍ່ກະລຸນາເອົາໃຫ້ເບິ່ງແດ່ ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ^{いいえ} いいえ	
ກຳລັງຖືພາບໍ່ ^{にんしん} 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ ^{はい} はい → _____ ຈັກຄົວນ ^{かげつ} ケ月 <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ^{いいえ} いいえ	
ຍັງໃຫ້ລູກກິນນົມຢູ່ບໍ່ ^{じゆにちゅうちゆう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ^{いいえ} いいえ
ເຄີຍປ່ວຍເປັນພະຍາດຫຍັງແດ່ ^{いま} 今までにかかった ^{びやうき} 病気はありますか	
<input type="checkbox"/> ໂລກກະເພາະອາຫານ ^{いちょう} 胃腸の ^{びやうき} 病気 <input type="checkbox"/> ໂລກຕັບ ^{かんぞう} 肝臓の ^{びやうき} 病気 <input type="checkbox"/> ໂລກຫົວໃຈ ^{しんぞう} 心臓の ^{びやうき} 病気 <input type="checkbox"/> ໂລກໄຕ ^{じんぞう} 腎臓の ^{びやうき} 病気 <input type="checkbox"/> ໂລກບອດ ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> ໂລກເປົາຫວານ ^{とうりょうびやう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> ໂລກຫຼິດ ^{ぜんそく} ぜんそく <input type="checkbox"/> ໂລກຄວາມດັນເລືອດສູງ ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> ໂລກເອດສ ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> ເປັນພະຍາດໃນຕອນຕ່ຳມື່ນ ^{こうじょうせん} 甲状腺の ^{びやうき} 病気 <input type="checkbox"/> ກາມາໂລກ(ໜອງໃນ) ^{はいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ ^{その他} その他	
ດຽວນີ້ ໄດ້ຢືນປົວພະຍາດຫຍັງຢູ່ບໍ່ ? ^{げんざい} 現在治療している ^{びやうき} 病気はありますか	<input type="checkbox"/> ມີ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ^{いいえ} いいえ
ເຄີຍໄດ້ຮັບການຜ່າຕັດບໍ່ ^{しゆじゆつ} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ ^{いいえ} いいえ
ເຄີຍໄດ້ຮັບການປ່ຽນຖ່າຍໂລຫິດເລືອດບໍ່ ^{ゆけつ} 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ ^{いいえ} いいえ
ເທື່ອໜ້າ ເຈົ້າຊອກນາຍພາສາດ້ວຍຕົນເອງໄດ້ບໍ່ ? ^{こんご} 今後、 ^{つうやく} 通訳を ^{じぶん} 自分で ^つ 連れてくる ^{こと} ことができますか	
<input type="checkbox"/> ໄດ້ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ ^{いいえ} いいえ	