

ແບບສອບຖາມພະແນກເສັ້ນປະສາດສະໝອງ

ろうしんけいげかもんしんひょう
脳神経外科問診票

ພາສາລາວ
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

ເດືອນ がつ

ວັນທີ にち

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

ມີອາການແນວໃດ <small>どうしましたか</small>					
<input type="checkbox"/> ເຈັບຫົວ <small>あたまいた</small> 頭が痛い	<input type="checkbox"/> ເປັນວິນ <small>めまい</small>	<input type="checkbox"/> ຮູ້ສຶກປວດຮາກ <small>はげ</small> 吐き気	<input type="checkbox"/> ຮາກ(ອາຈຽນ) <small>おうと</small> 嘔吐		
<input type="checkbox"/> ມີສຽງລົບກວນຢູ່ໃນຫູ(ຫູອັ້ງ) <small>みみ</small> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> ເມື່ອຍບ່າ <small>かた</small> 肩こり	<input type="checkbox"/> ມື້ນວ່ອຍຕາມຮ່າງກາຍ <small>しびれ</small>			
<input type="checkbox"/> ແຂ້ວ ແລະ ຂ້າ ມີອາການສັ່ນໆ <small>てあし</small> 手足のふるえ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີຄວາມຮູ້ສຶກ <small>いしき</small> 意識がなくなる		<input type="checkbox"/> ບໍ່ຄ່ອຍໄດ້ຍິນ <small>きこえ</small> 聞こえにくい		
<input type="checkbox"/> ເບິ່ງບໍ່ຄ່ອຍເຫັນ <small>もの</small> 物が見えにくい	<input type="checkbox"/> ຍ່າງບໍ່ຄ່ອຍສະດວກ <small>あそ</small> 歩きにくい				
<input type="checkbox"/> ການເຄື່ອນໄຫວຂອງເຄື່ອງມືບໍ່ຄ່ອຍສະດວກ <small>てあし</small> 手足の動きが悪い	<input type="checkbox"/> ນອກຈາກນີ້ <small>その他</small>				
ເລີ່ມແຕ່ເມື່ອໃດ <small>それはいつからですか</small>	_____ ປີ <small>ねん</small> _____ ເດືອນ <small>がつ</small> _____ ວັນທີ <small>にち</small>				
ຫົວເຄີຍຖືກກະທົບຢ່າງຮຸນແຮງບໍ່ <small>あたま</small> 頭をぶつけましたか					
<input type="checkbox"/> ເຄີຍ <small>はい</small> → _____ ປີ <small>ねん</small> _____ ເດືອນ <small>がつ</small> _____ ວັນທີ <small>にち</small> ຈາກ		<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <small>いいえ</small>			
ຖືກກະທົບສ່ວນໃດຂອງຫົວ <small>どこをぶつけましたか</small>	<input type="checkbox"/> ທາງດ້ານໜ້າ <small>ぜんとうぶ</small> 前頭部	<input type="checkbox"/> ທາງດ້ານຫຼັງ <small>こうとうぶ</small> 後頭部	<input type="checkbox"/> ທາງເບື້ອງຂວາ <small>みぎよこ</small> 右横	<input type="checkbox"/> ທາງເບື້ອງຊ້າຍ <small>ひだりよこ</small> 左横	
ເປັນອຸບັດຕິເຫດທ້ອງຖະໜົນບໍ່ <small>こうつうじこ</small> 交通事故ですか	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <small>いいえ</small>				
ສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີອາການເຈັບຫົວກະລຸນາຂຽນຂ້າງລຸ່ມນີ້ <small>あたま</small> 頭が痛い方への質問です					
ເຈັບຢູ່ຈຸດໃດຂອງຫົວ <small>どこが痛みますか</small>					
<input type="checkbox"/> ທາງດ້ານໜ້າ <small>ぜんとうぶ</small> 前頭部	<input type="checkbox"/> ທາງດ້ານໜ້າ <small>こうとうぶ</small> 後頭部	<input type="checkbox"/> ທາງເບື້ອງຂວາ <small>みぎよこ</small> 右横	<input type="checkbox"/> ທາງເບື້ອງຊ້າຍ <small>ひだりよこ</small> 左横	<input type="checkbox"/> ທັງໝົດພາກສ່ວນຫົວ <small>あたまぜんたい</small> 頭全体	
ມີລັກສະນະອາການເຈັບແບບໃດ <small>どのように痛みますか</small>					
<input type="checkbox"/> ເຈັບເປັນບາດໆ <small>ズキンズキン</small>	<input type="checkbox"/> ເຈັບຕະຫຼອດ <small>ガンガン</small>	<input type="checkbox"/> ເຈັບແຮງບໍ່ຢຸດ <small>ガンと割れるように</small>			
<input type="checkbox"/> ເຈັບເລື້ອຍໆ <small>キリキリ</small>	<input type="checkbox"/> ເຈັບຄັ້ນໆ <small>チクチク</small>	<input type="checkbox"/> ນອກຈາກນີ້ <small>その他</small>			
ໃນຊ່ວງໜຶ່ງມື້ມັກເຈັບເວລາໃດ <small>いつが一番痛いですか</small>					
<input type="checkbox"/> ຕອນເຊົ້າ <small>あさ</small> 朝	<input type="checkbox"/> ຕອນທ່ຽງ <small>ひる</small> 昼	<input type="checkbox"/> ຕອນຄ່ຳ <small>よる</small> 夜	<input type="checkbox"/> ຕະຫຼອດມື້ <small>いちにちじゅう</small> 一日中		
ເຄີຍເປັນຜູ້ມາແພ້ຢາຫຼືອາຫານບໍ່ <small>くすり</small> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか					
<input type="checkbox"/> ເຄີຍ <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> ຢາ <small>くすり</small> 薬		<input type="checkbox"/> ອາຫານ <small>た</small> 食べ物	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <small>その他</small>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <small>いいえ</small>	
ຊ່ວງນີ້ມີຢາທີ່ຕ້ອງກິນເປັນປະຈຳບໍ່ <small>げんざいの</small> 現在飲んでいる薬はありますか					
<input type="checkbox"/> ມີ <small>はい</small> → ຖ້າຖືຢາມານໍາກະລຸນາເຂົ້າໃຫ້ເບິ່ງແຕ່ <small>も</small> 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <small>いいえ</small>			
ກໍາລັງຖືພາບໍ່ <small>にんしん</small> 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 <small>はい</small> → _____ ຈັກເດືອນ <small>かげつ</small> ヶ月		<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <small>いいえ</small>			
ຍັງໃຫ້ລູກກິນນົມຢູ່ບໍ່ <small>じゆにちゅうちゅう</small> 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <small>いいえ</small>				



ເລີຍປ່ວຍເປັນພະຍາດຫຍັງແດ່ <small>いまま びょうき</small> 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> ໂລກກະເພາະອາຫານ <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> ໂລກຕັບ <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> ໂລກຫົວໃຈ <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> ໂລກໄຕ <small>じんぞう びょうき</small> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> ໂລກບອດ <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> ໂລກເປົາຫວານ <small>とうにょうびょう</small> 糖尿病
<input type="checkbox"/> ໂລກຄວາມດັນເລືອດສູງ <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> ໂລກເອດສ <small>エイズ</small> エイズ	<input type="checkbox"/> ໂລກຫຼິດ <small>ぜんそく</small> ぜんそく
<input type="checkbox"/> ກາມາໂລກ(ໜອງໃນ) <small>はいどく</small> 梅毒	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <small>その他</small> その他	<input type="checkbox"/> ເປັນພະຍາດໃນຕອນຄໍຫອຍ <small>こうじょうせん びょうき</small> 甲状腺の病気
ດຽວນີ້ ໄດ້ປິ່ນປົວພະຍາດຫຍັງຢູ່ບໍ່ ? <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"/> ມ <small>はい</small> はい
<input type="checkbox"/> ດື່ມເຫຼົ້າ <small>さけ の</small> お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> ດື່ມ <small>はい</small> はい → _____ ຈັກ/ມັ <small>ml/日</small> ml/日	<input type="checkbox"/> ບໍ່ດື່ມ <small>いいえ</small> いいえ
<input type="checkbox"/> ສຸບຢາ <small>たばこを吸いますか</small>	<input type="checkbox"/> ສຸບ <small>はい</small> はい → _____ ຈັກກອກ/ຕໍ່ມັ <small>本/日</small> 本/日	<input type="checkbox"/> ບໍ່ສຸບ <small>いいえ</small> いいえ
ເລີຍໄດ້ຮັບການຜ່າຕັດບໍ່ <small>しゆじゆつ う</small> 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> ເລີຍ <small>はい</small> はい
ເລີຍໃສ່ຢາສະຫລົບແລ້ວ, ເກີດມີບັນຫາຫຍັງບໍ່ ? <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"/> ມ <small>はい</small> はい
ເທື່ອໜ້າ ເຈົ້າຊອກນາຍພາສາດ້ວຍຕົນເອງໄດ້ບໍ່ ? <small>こんご つうやく じぶん つ</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"/> ໄດ້ <small>はい</small> はい		
<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ <small>いいえ</small> いいえ		