

# ແບບສອບຖາມຜະແນກໄສຍະກຳຕົບແຕ່ງ

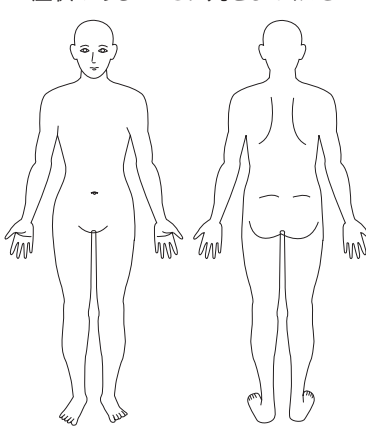
せいけいげかもんしんひょう  
整形外科問診票

ພາສາລາວ  
ラオス語

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

ປີ <sup>ねん</sup> 年 ຄົວນ <sup>がつ</sup> 月 ວັນທີ <sup>にち</sup> 日

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

ມີອາການແນວໃດ <sup>どうしましたか</sup>	ໃຫ້ຂີດເຄື່ອງໝາຍ ມີອາການແບບໃດ <sup>しやうじょう</sup> 症状のあるところを丸をしてください
<input type="checkbox"/> ມີໄຂ້ ( ອົງສາເຊ ) <sup>ねつ</sup> 熱がある <input type="checkbox"/> ບໍລິເວນບາດແຜ <sup>けが</sup> けが <input type="checkbox"/> ບໍລິເວນແປ້ວ <sup>しこり</sup> しこり <input type="checkbox"/> ຄັນ <sup>かゆい</sup> かゆい <input type="checkbox"/> (ແຂນ, ຂາ) ວົດ, ຄໍ້ນ <sup>ひねった</sup> ひねった <input type="checkbox"/> ນອກຈາກນີ້ <sup>その他</sup> その他	
<input type="checkbox"/> ເຈັບ <sup>いた</sup> 痛み <input type="checkbox"/> ບາດແຜໄຟໄໝ້ <sup>やけど</sup> やけど <input type="checkbox"/> ເປັນບວມ <sup>はれもの</sup> はれもの <input type="checkbox"/> ເປັນເຫັບ (ມົນ, ວ່ອຍ) <sup>しびれ</sup> しびれ <input type="checkbox"/> ນ້ຳໜັກຫຼຸດລົງ <sup>たいじゆう</sup> 体重が減っている	
ເລີ່ມແຕ່ເມື່ອໃດ <sup>それはいつからですか</sup>	
ປີ <sup>ねん</sup> 年 ຄົວນ <sup>がつ</sup> 月 ວັນທີ <sup>にち</sup> 日	
ເຄີຍເປັນພູມແພ້ຢາຫຼືອາຫານບໍ່ <sup>くすり た もの</sup> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> ເຄີຍ <sup>はい</sup> はい → <input type="checkbox"/> ຢາ <sup>くすり</sup> 薬 <input type="checkbox"/> ອາຫານ <sup>た もの</sup> 食べ物 <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <sup>その他</sup> その他 <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <sup>いいえ</sup> いいえ	
ຊ່ວງນີ້ມີຢາທີ່ຕ້ອງກິນເປັນປະຈຳບໍ່ <sup>げんざいの</sup> 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> ມີ <sup>はい</sup> はい → ຖ້າຖືຢາມານຳກະລຸນາເອົາໃຫ້ເບິ່ງແດ່ <sup>も</sup> 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <sup>いいえ</sup> いいえ	
ກຳລັງຖືພາບ <sup>にんしん</sup> 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 <sup>はい</sup> はい → _____ ຈັກເດືອນ <sup>かげつ</sup> ケ月 <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <sup>いいえ</sup> いいえ	
ຍັງໃຫ້ລູກກິນນົມຢູ່ບໍ່ <sup>じゆにちゅうちゅう</sup> 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <sup>いいえ</sup> いいえ
ເຄີຍປ່ວຍເປັນພະຍາດຫຍັງແດ່ <sup>いま</sup> 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> ໂລກກະເພາະອາຫານ <sup>いぢよう</sup> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> ໂລກຕັບ <sup>かんぞう</sup> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> ໂລກຫົວໃຈ <sup>しんぞう</sup> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> ໂລກໄຕ <sup>じんぞう</sup> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> ໂລກບອດ <sup>けつかく</sup> 結核 <input type="checkbox"/> ໂລກເປົາຫວານ <sup>とうじようびよう</sup> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ໂລກຫຼິດ <sup>ぜんそく</sup> ぜんそく <input type="checkbox"/> ໂລກຄວາມດັນເລືອດສູງ <sup>こうけつあつしゆう</sup> 高血圧症 <input type="checkbox"/> ໂລກເອດສ <sup>エイズ</sup> エイズ <input type="checkbox"/> ເປັນພະຍາດໃນຕອນມໍ່ຫອຍ <sup>こうじようせん</sup> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> ກາມາໂລກ(ໜອງໃນ) <sup>はいどく</sup> 梅毒 <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <sup>その他</sup> その他	
ດຽວນີ້ ໄດ້ຢືນປົວພະຍາດຫຍັງຢູ່ບໍ່? <sup>げんざい</sup> 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> ມີ <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <sup>いいえ</sup> いいえ
ເຄີຍໄດ້ຮັບການຜ່າຕັດບໍ່ <sup>しゆじゆつ</sup> 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <sup>いいえ</sup> いいえ
ເຄີຍໄດ້ຮັບການປ່ຽນຖ່າຍໂລຫິດເລືອດບໍ່ <sup>ゆけつ</sup> 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <sup>いいえ</sup> いいえ
ເຄີຍໃສ່ຢາສະຫລົບແລ້ວ, ເກີດມີບັນຫາຫຍັງບໍ່? <sup>ますい</sup> 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> ມີ <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <sup>いいえ</sup> いいえ
ເທື່ອໜ້າ ເຈົ້າຊອກນາຍພາສາດ້ວຍຕົນເອງໄດ້ບໍ່? <sup>こんご</sup> 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 <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ <sup>いいえ</sup> いいえ	