

ແບບສອບຖາມຜະແນກໄສຍະກຳຕົບແຕ່ງ

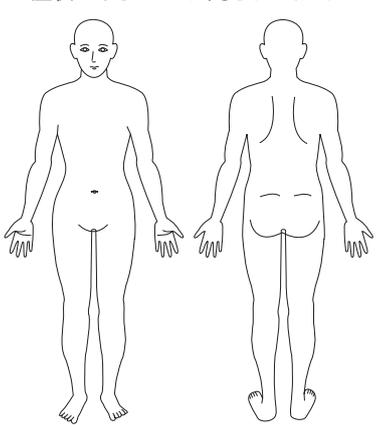
せいけいげかもんしんひょう
整形外科問診票

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 ^{ねん} _____ ເດືອນ ^{がつ} _____ ວັນທີ ^{にち} _____

ຊື່ ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> ຊາຍ ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> ອົງ ^{おんな} 女
ວັນເດືອນປີເກີດ ^{せいねんがっぴ} 生年月日	ປີ ^{ねん} _____	ເດືອນ ^{がつ} _____	ວັນທີ ^{にち} _____	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 ^{どうしましたか}	ໃຫ້ຂີດເຄື່ອງໝາຍ ມີອາການແບບໃດ ^{しやうじょう} 症状のあるところを丸をしてください
<input type="checkbox"/> ມີໄຂ້ (ອົງສາເຊ) ^{ねつ} 熱がある <input type="checkbox"/> ບໍລິເວນບາດແຜ ^{けが} けが <input type="checkbox"/> ບໍລິເວນແປ້ວ ^{しこり} しこり <input type="checkbox"/> ຄັນ ^{かゆい} かゆい <input type="checkbox"/> (ແຂນ, ຂາ) ວົດ, ຄໍ້ນ ^{ひねった} ひねった <input type="checkbox"/> ນອກຈາກນີ້ ^{その他} その他	
<input type="checkbox"/> ເຈັບ ^{いた} 痛み <input type="checkbox"/> ບາດແຜໄຟໄໝ້ ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> ເປັນບວມ ^{はれもの} はれもの <input type="checkbox"/> ເປັນເຫັບ (ມົນ, ວ່ອຍ) ^{しびれ} しびれ <input type="checkbox"/> ນ້ຳໜັກຫຼຸດລົງ ^{たいじゆう} 体重が減っている	
ເລີ່ມແຕ່ເມື່ອໃດ ^{それはいつからですか}	
_____ ປີ ^{ねん} _____ ເດືອນ ^{がつ} _____ ວັນທີ ^{にち} _____	
ເຄີຍເປັນພູມແພ້ຢາຫຼືອາຫານບໍ່ ^{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	
ຊ່ວງນີ້ມີຢາທີ່ຕ້ອງກິນເປັນປະຈຳບໍ່ ^{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 → ຖ້າຖືຢາມານຳກະລຸນາເອົາໃຫ້ເບິ່ງແດ່ ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ^{いいえ} いいえ	
ກຳລັງຖືພາບ ^{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 → _____ ຈັກເດືອນ ^{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} 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> ໂລກກະເພາະອາຫານ ^{いぢよう} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> ໂລກຕັບ ^{かんぞう} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> ໂລກຫົວໃຈ ^{しんぞう} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> ໂລກໄຕ ^{じんぞう} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> ໂລກບອດ ^{けつかく} 結核 <input type="checkbox"/> ໂລກເປົາຫວານ ^{とうじようびよう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> ໂລກຫຼິດ ^{ぜんそく} ぜんそく <input type="checkbox"/> ໂລກຄວາມດັນເລືອດສູງ ^{こうけつあつしゆう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> ໂລກເອດສ ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> ເປັນພະຍາດໃນຕອນມໍ່ຫອຍ ^{こうじようせん} 甲状腺の病気 <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
ເຄີຍໃສ່ຢາສະຫລົບແລ້ວ, ເກີດມີບັນຫາຫຍັງບໍ່? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> ມີ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ^{いいえ} いいえ
ເທື່ອໜ້າ ເຈົ້າຊອກນາຍພາສາດ້ວຍຕົນເອງໄດ້ບໍ່? ^{こんご} 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 ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ ^{いいえ} いいえ	