

همان شس پر بخش داخلی

ない かもんしんひょう
内科問診票

فارسی
پهلشیا 語

برنید نیک را شوندر می شوندر که به شما مربوط می شوندر اتره مارمرونه نی چک شوندر اتره مارمرونه نی چک شوندر

نهان سال

گاف ماه

نیه روز

نام و نام خانوادگی <small>نام و نام خانوادگی</small>	<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
تاریخ تولد <small>سال _____ ماه _____ روز _____</small>	تلفن <small>_____</small>
آدرس <small>_____</small>	
آیا بیمه درمانی دارید؟ <small>健康保険を持っていますか？</small>	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
ملیت <small>_____</small>	زبان <small>_____</small>

چه ناراحتی دارید؟ どうしましたか？

<input type="checkbox"/> تب دارید (C) <small>熱がある</small>	<input type="checkbox"/> درد گلو <small>のどが痛い</small>	<input type="checkbox"/> سرخه <small>せき</small>	<input type="checkbox"/> سردرد <small>頭が痛い</small>
<input type="checkbox"/> سینه درد <small>胸が痛い</small>	<input type="checkbox"/> جوش <small>ほっしん</small>	<input type="checkbox"/> تپش سریع قلب <small>動悸</small>	<input type="checkbox"/> مشکل تنفس <small>息切れ</small>
<input type="checkbox"/> تورم <small>むくみ</small>	<input type="checkbox"/> سر گیجه <small>めまい</small>	<input type="checkbox"/> احساس فشار بر سینه <small>胸が苦しい</small>	<input type="checkbox"/> شکم درد <small>お腹が痛い</small>
<input type="checkbox"/> معده درد <small>胃が痛い</small>	<input type="checkbox"/> فشار خون بالا <small>高血圧</small>	<input type="checkbox"/> خواب رفتگی <small>しびれ</small>	<input type="checkbox"/> تشنگی مفرط <small>かたがわく</small>
<input type="checkbox"/> کاهش وزن <small>体重が減っている</small>	<input type="checkbox"/> نفخ شکم <small>お腹が張る</small>	<input type="checkbox"/> بی اشتها <small>食欲がない</small>	
<input type="checkbox"/> استفراغ <small>おうと</small>	<input type="checkbox"/> تهوع <small>吐き気</small>	<input type="checkbox"/> اسهال <small>げり</small>	<input type="checkbox"/> وجود خون در مدفوع <small>血便</small>
<input type="checkbox"/> کسالت و بی حالی <small>だるい</small>	<input type="checkbox"/> زود خسته شدن <small>疲れやすい</small>	<input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small>	

موقع از چه موقع؟ それはいつからですか

_____ سال _____ ماه _____ روز _____

آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟ アレルギーが出ますか

بله خیر → دارو غذا غیره خیر

آیا دارویی می‌کنید؟ 現在飲んでいる薬はありますか

بله خیر → بله خیر

آیا در حال حاضر حامله هستید یا ممکن است حامله باشید؟ 妊娠していますか、またその可能性はありますか

بله خیر → _____ چندهماه _____ بله خیر

آیا در حال شیر می‌دهید؟ 授乳中ですか

بله خیر

آیا تا به حال بیماری داشته‌اید؟ 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> بیماری روده و معده <small>胃腸の病気</small>	<input type="checkbox"/> بیماری کبدی <small>肝臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> بیماری قلبی <small>心臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> بیماری کلیوی <small>腎臓の病気</small>
<input type="checkbox"/> سل <small>結核</small>	<input type="checkbox"/> بیماری قند <small>糖尿病</small>	<input type="checkbox"/> آسم <small>ぜんそく</small>	<input type="checkbox"/> فشار خون بالا <small>高血圧症</small>
<input type="checkbox"/> ایدز <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> تیروئید <small>甲状腺の病気</small>	<input type="checkbox"/> سفلیس <small>梅毒</small>	<input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small>

آیا در حال حاضر برای مداوی بیماری تحت درمان هستید؟ 現在治療している病気はありますか

بله خیر

آیا تا به حال عمل جراحی داشته‌اید؟ 手術を受けたことがありますか

بله خیر

آیا تا به حال خون دریافت کرده‌اید؟ 輸血を受けたことがありますか

بله خیر

آیا دفعه بعد، می‌توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

بله خیر

پرسشنامه بخش جراحی

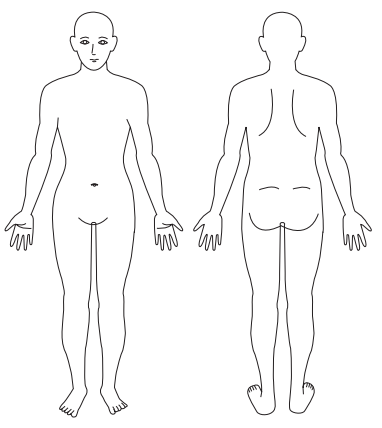
外科問診票

فارسی
پارسیجا

بزرگوارانه را تیک بزنید
مواردی که به شما مربوط می شوند را تیک بزنید
あてはまるものにチェックしてください

سال ねん 年 月 日 日
روز 日 月 年

نام و نام خانوادگی 名前			<input type="checkbox"/> مرد 男	<input type="checkbox"/> زن 女
تاریخ تولد 生年月日	سال 年	ماه 月	روز 日	تلفن 電話
آدرس 住所				
آیا بیمه درمانی دارید؟ 健康保険を持っていますか？	<input type="checkbox"/> بله はい		<input type="checkbox"/> خیر いいえ	
ملیت 国籍	زبان 言葉			

چه ناراحتی دارید؟ どうしましたか？			 <p>محل بیماری را با علامت دایره نشان دهید 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> آیا تب دارید (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> سوختگی やけど <input type="checkbox"/> رگ شدگی به برگ びねった <input type="checkbox"/> سنگ کیسه صفرا 胆石 <input type="checkbox"/> وجود خون در مدفوع 血便 <input type="checkbox"/> غیره その他 <hr/> <input type="checkbox"/> گردن 首 <input type="checkbox"/> معده 胃 <input type="checkbox"/> ریه 肺 <input type="checkbox"/> ناف へそ <input type="checkbox"/> زخم けが <input type="checkbox"/> خواب رفتگی しばひれ <input type="checkbox"/> خارش かゆい <input type="checkbox"/> بواسیر 痔 <input type="checkbox"/> باد فتق 脱腸(ヘルニア)			
از چه موقع؟ それはいつからですか			
سال 年 月 日 日から			
آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> بله はい → <input type="checkbox"/> دارو 薬 <input type="checkbox"/> غذا 食べ物 <input type="checkbox"/> غیره その他 <input type="checkbox"/> خیر いいえ			
آیا دارویی دارید که هر روز از آن مصرف می کنید؟ 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> بله はい → <input type="checkbox"/> نشان دهید لطفا خوددارید همراه <input type="checkbox"/> خیر いいえ			
آیا در حال حاضر حامله هستید یا ممکن است حامله باشید؟ 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> بله はい → <input type="checkbox"/> چندماه ヶ月 <input type="checkbox"/> خیر いいえ			
آیا در حال شیر می دهید؟ 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> بله はい <input type="checkbox"/> خیر いいえ
آیا تا به حال مبتلا به بیماری شده اید؟ 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> بیماری روده و معده 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> بیماری کبدی 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> بیماری قلبی 心臓の病気 <input type="checkbox"/> بیماری کلیوی 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> سل 結核 <input type="checkbox"/> بیماری قند 糖尿病 <input type="checkbox"/> آسم ぜんそく <input type="checkbox"/> فشار خون بالا 高血圧症 <input type="checkbox"/> ایدز エイズ <input type="checkbox"/> تیروئید 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> سفلیس 梅毒 <input type="checkbox"/> غیره その他			
آیا در حال حاضر برای مداوی بیماری تحت درمان هستید؟ 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> بله はい <input type="checkbox"/> خیر いいえ
آیا تا به حال عمل جراحی هوشیار داشته اید؟ 手術を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> بله はい <input type="checkbox"/> خیر いいえ
آیا تا به حال خون دریافت کرده اید؟ 輸血を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> بله はい <input type="checkbox"/> خیر いいえ
آیا تا به حال در اثر بیهوشی دچار مشکل شده اید؟ 麻酔をして何かトラブルがありましたか			<input type="checkbox"/> بله はい <input type="checkbox"/> خیر いいえ
اگر معرفی نامه دارید لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید 紹介状のある方だけ書いてください			
آیا عکس رادیولوژی همراه خود آورده اید؟ レントゲンフィルムを持っていますか			<input type="checkbox"/> بله はい <input type="checkbox"/> خیر いいえ
آیا عکس آندوسکوپی را همراه خود آورده اید؟ 内視鏡フィルムを持っていますか			<input type="checkbox"/> بله はい <input type="checkbox"/> خیر いいえ

آیا دفعه بعد، می‌توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟
今後、通訳を自分で連れてくることができますか

بله

خیر

〈2/2ページ〉

پرسشنامه بخش جراحی مغز

のうしんけいげ かもんしんひょう
脳神経外科問診票

فارسی
پارسیجا

برزید نیک را شوند می شونند که به شما مربوط می شونند あてはまるものにチェックしてください

سال ねん

ماه がつ

روز にち

نام و نام خانوادگی <small>なまえ 名前</small>	<input type="checkbox"/> مرد <small>おとこ</small> <input type="checkbox"/> زن <small>おんな</small>
تاریخ تولد <small>せいねんがっぴ</small> <small>生年月日</small>	سال <small>ねん</small> _____ ماه <small>がつ</small> _____ روز <small>にち</small> _____ تلفن <small>でんわ</small> _____
آدرس <small>しゅうしょ</small> <small>住所</small>	
آیا بیمه درمانی دارید؟ <small>けんこう ほんけん</small> <small>健康保険を持っていますか？</small>	<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>
ملیت <small>こくせき</small> <small>国籍</small>	زبان <small>ことば</small> <small>言葉</small> _____

چه ناراحتی دارید؟ どうしましたか

<input type="checkbox"/> سردرد <small>あたま いた</small> <small>頭が痛い</small>	<input type="checkbox"/> گیجه <small>めまい</small>	<input type="checkbox"/> حالت تهوع <small>はきけ</small> <small>吐き気</small>	<input type="checkbox"/> استفراغ <small>おうと</small> <small>嘔吐</small>
<input type="checkbox"/> گوش زنگ زدن <small>みみ なる</small> <small>耳鳴り</small>	<input type="checkbox"/> درد کتف <small>かた</small> <small>肩こり</small>	<input type="checkbox"/> خواب رفتگی اعضای بدن <small>あし</small> <small>手足のふるえ</small>	<input type="checkbox"/> آهسته آهسته <small>ゆる</small> <small>ゆる</small>
<input type="checkbox"/> بیهوشی <small>いしき</small> <small>意識がなくなる</small>	<input type="checkbox"/> مشکل شنوایی <small>きこえ</small> <small>聞こえにくい</small>	<input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small>	
<input type="checkbox"/> مشکل دید <small>もの</small> <small>物が見えにくい</small>	<input type="checkbox"/> مشکل راه رفتن <small>あそ</small> <small>歩きにくい</small>		
<input type="checkbox"/> مشکل دست و پا <small>て</small> <small>手足の動きが悪い</small>			

موقع از چه موقعی است؟ それはいつからですか _____ سال ねん _____ ماه がつ _____ روز にち _____

آیا ضربه سنگینی به سر شما وارد شده است؟ あたま 頭をぶつけましたか

بله はい → _____ سال ねん _____ ماه がつ _____ روز にち _____ خیر いいえ

کجا سر شما را ضربه زد؟ せんとうぶ 前頭部 こうとうぶ 後頭部 みぎよこ 右横 ひだりよこ 左横 سمت راست سمت چپ

آیا تصادف بوده است؟ こうつうしご 交通事故ですか بله はい خیر いいえ

اگر سر شما درد میکند سؤالات زیر پاسخ دهید あたま いた 頭が痛い方への質問です

کجا سر شما درد میکند؟ いた どこが痛みますか

جلوسر せんとうぶ 前頭部 پشت سر こうとうぶ 後頭部 سمت راست みぎよこ 右横 سمت چپ ひだりよこ 左横 همه جا あたまぜんたい 頭全体

نوع سردردی دارید؟ いた どのように痛みますか

زق زق ズキンズキン درد شدید ガンガン مثل این که با چیزی به سر زده اند ガンと割れるように

تیر تیر キリキリ سوزن سوزن شدن チクチク غیره その他

موقع بیشتر درد میکند؟ いちばんいた いつが一番痛いですか

صبح あさ 朝 ظهر ひる 昼 عصر ゆがた 夕方 تمام روز いちにちじゅう 一日中

آیا حساسیت دارید؟ くすり 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

بله はい → دارو くすり 薬 غذا た 食べ物 غیره その他 خیر いいえ

آیا دارویی دارید که هر روز از آن مصرف می کنید؟ げんざいの 現在飲んでいる薬はありますか

بله はい → بله はい → خیر いいえ

آیا در حال حاضر حامله هستید یا ممکن است حامله باشید؟ 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

بله はい → _____ چندهماه かげつ ヶ月 خیر いいえ

آیا در حال شیر می دهید؟ しゅうちゅう 授乳中ですか بله はい خیر いいえ

いま びょうき
 □ 今までにかかった病気はありますか？

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 胃腸の病気
いちょう びょうき | <input type="checkbox"/> 肝臓の病気
かんぞう びょうき | <input type="checkbox"/> 心臓の病気
しんぞう びょうき | <input type="checkbox"/> 腎臓の病気
じんぞう びょうき |
| <input type="checkbox"/> 結核
けっかく | <input type="checkbox"/> 糖尿病
とうようびょう | <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 高血圧症
こうけつあつしやう |
| <input type="checkbox"/> エイズ | <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気
こうじょうせん びょうき | <input type="checkbox"/> 梅毒
ばいどく | <input type="checkbox"/> その他
た |

げんざい ちりやう びょうき
 □ 現在治療している病気はありますか？

はい いいえ

さけ の
 □ お酒を飲みますか？

はい → _____ リットル / 日
 ml / 日 いいえ

す
 □ たばこを吸いますか？

はい → _____ 本 / 日
 本 / 日 いいえ

しゆじゆつ う
 □ 手術を受けたことがありますか？

はい いいえ

ますい なに
 □ 麻酔をして何かトラブルがありましたか？

はい いいえ

こんご つうやく じぶん つ
 □ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか？

はい いいえ

همان شس رپ بخش داخلی

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票

فارسی
پارسیجا

بزید نیک را شوند می شومد که به شما مربوط می شوند را نیک あてはまるものにチェックしてください

سال ねん

ماه がつ

روز にち

نام و نام خانوادگی <small>なまえ 名前</small>	<input type="checkbox"/> مرد <small>おとこ</small> <input type="checkbox"/> زن <small>おんな</small>
تاریخ تولد <small>せいねんがっぴ 生年月日</small>	سال <small>ねん</small> _____ ماه <small>がつ</small> _____ روز <small>にち</small> _____ تلفن <small>でんわ 電話</small>
آدرس <small>しゅうしょ 住所</small>	
آیا بیمه درمانی دارید؟ <small>けんこう ぼけん も 健康保険を持っていますか？</small>	<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>
ملیت <small>こくせき 国籍</small>	زبان <small>ことば 言葉</small>

چه ناراحتی دارید؟ どうしましたか

کم خوابی ねむ 眠れない پر حرفی いつもよりよくしゃべる

اضطراب یا حملات وحشت ふあん 不安やパニック発作

شنیدن صدا حتی وقتی شخصی در اطراف نیست まわ ひと 周りに入らないのに声が聞こえる

احساس افسردگی きふん うつ気分 روحیه ضعیف げんき 元気がない

حساس اینک همیشه تحت نظر هستم ひと み 人に見られている気がする روحیه بیش از حد بالا げんき 元気が良すぎる

فقدان هوشیاری いしき 意識がなくなる اشتیاق به مردن し 死にたい

هیجان زده شدن こうふん 興奮しやすい خشونت اجباری ぼうりよく 暴力をふるう

سایر موارد その他

از چه موقع؟ それはいつからですか

سال ねん _____ ماه がつ _____ روز にち _____

آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟ くすり た もの 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

بله はい → دارو くすり 薬 غذا た もの 食べ物 غیره その他 خیر いいえ

نام همراه つきそいしゃ し めい 添付者の氏名

نسبت با شما ほんにん かんけい 本人との関係 عضو خانواده かぞく 家族 دوستان ゆうじん 友人 سایر اشخاص その他 → ()

به پیشنهاد چه کسی امروز به ما مراجعه کردید؟ ほんじつ じゆしん いし 本日の受診はどなたの意志ですか

خودتان ほんにん 本人 خانواده かぞく 家族 دوستان ゆうじん 友人 پلیس هایさつ 警察 یکی از همکاران きんむ さき ひと 勤務先の人

سایر اشخاص その他 → ()

هدف از ملاقات امروز چیست؟ ほんじつ じゆしん もくてき なん 本日の受診の目的は何ですか

تشخیص しんだん 診断 اخذ گواهی پزشکی しんだんよ 診断書

درمان ちりょう 治療 بستری شدن にゅういん 入院

جهت معرفی به یک موسسه درمانی دیگر しょうかい 紹介 مشورت درباره نظر پزشک قبلی セカンドオピニオン

سایر موارد その他 → ()

آیا در حال حاضر حامله هستید یا ممکن است حامله باشید؟ にんじん かのうせい 妊娠していますか、またその可能性はありますか

بله はい → _____ چنماه かげつ ヶ月 خیر いいえ

آیا در حال حاضر برای مداوای بیماری تحت درمان هستید؟ しゆちゅうちゅう 授乳中ですか بله はい خیر いいえ

آیا در حال حاضر برای مداوای بیماری تحت درمان هستید؟ げんざい ちりょう びょうき 現在治療している病気はありますか

بله はい → نام موسسه پزشکی いりようきかんめい 医療機関名 خیر いいえ

آیا در حال حاضر دارویی دارید که هر روز از آن مصرف می کنید؟ げんざい の ぐすり 現在飲んでいる薬はありますか

بله はい → نشان دهید لطفا خوددارید همراه も 持っていていれ 見せてください خیر いいえ

پرسشنامه بخش زنان

産婦人科問診票

فارسی
پارسیجا

مواردی که به شما مربوط می شوند را تیک بزنید

سال _____ ماه _____ روز _____

نام خانوادگی <small>なまえ 名前</small>	<input type="checkbox"/> مرد <small>おとこ 男</small> <input type="checkbox"/> زن <small>おんな 女</small>
تاریخ تولد <small>せいねんがつび 生年月日</small>	سال _____ ماه _____ روز _____ تلفن <small>でんわ 電話</small>
آدرس <small>じゅうしょ 住所</small>	
آیا بیمه درمانی دارید؟ <small>けんこうほけん 健康保険</small>	<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>
ملیت <small>こくせき 国籍</small>	زبان <small>ことば 言葉</small>

چه ناراحتی دارید؟ どうしましたか

حاملگی にんしん 妊娠 نا مرتب げんけい 月経の異常 مهبلی おりもの درد در ناحیه پائین شکم かぶくぶ 下腹部が痛い

خون ریزی ふせいせい 不正性器出血 پولیپ ポリープ غده تخمدان らんそう 卵巣の腫瘍

خارش مهبلی せいگی 性器のかゆみ غده بی آزار رحم しきゅうきんしゅ 子宮筋腫 آزمایش سرطان がん検診

نازایی ふにんしやう 不妊症 کم خونی ひんけつ 貧血 غیره その他

تاریخ قاعدگی せいり 生理 ついて

اولین بار کی دچار قاعدگی شدید؟ はじめてせいり 初め生理があったのはいつですか _____ سال さい 才

بسته بندی کی یائسه شدید؟ へいけい 閉経はいつですか _____ سال さい 才

آیا قاعدگی مرتب دارید؟ せいり 生理は順調ですか بله はい خیر いいえ

دوره قاعدگی شما چه مدت است؟ しゅうき 周期 28 روزه 28日型 30 روزه 30日型 غیره 日型 نامرتب 不順

دوره قاعدگی شما چه مدت طول میکشد せいり 生理の期間 _____ روز にちかん 日間

مقدار قاعدگی せいり 生理の量 زیاد 多い طبیعی 普通 کم 少ない

آیا هنگام قاعدگی درد دارید؟ せいり 生理痛 بله はい خیر いいえ

آخرین بار کی قاعده بودید؟ さいしゅうげんけい 最終月経 _____ ماه _____ روز _____

تاریخ حاملگی にんしん 妊娠 かいすう 回数

حاملگی にんしん 妊娠 _____ بار かい 回

زایمان ぶんべん 分娩 _____ بار かい 回 → طبیعی せいじょうぶんべん 正常分娩 _____ بار かい 回 غیر طبیعی いじょうぶんべん 異常分娩 _____ بار かい 回

سقط جنین りゅうざん 流産 _____ بار かい 回 → طبیعی しぜんりゅうざん 自然流産 _____ بار かい 回 غیر طبیعی じんこうりゅうざん 人工流産 _____ بار かい 回

غیره その他 حاملگی بیرون رحم しきゅうがい 子宮外妊娠 مول هیدانتی فرم ほうじょうきたい 胎状奇胎

آیا می خواهید در این بیمارستان زایمان کنید؟ にんしん 妊娠の方は当院での出産を希望しますか بله はい خیر いいえ

آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟ くすり 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

بله はい → دارو くすり 薬 غذا 食べ物 غیره その他 خیر いいえ

آیا در حال حاضر دارویی می خورید؟ げんざん 現在飲んでる薬はありますか

بله はい → بله はい → خیر いいえ

آیا تا به حال آزمایش سرطان داده اید؟ がん検診を受けたことがありますか

بله はい → _____ سال _____ ماه _____ روز _____ خیر いいえ

آیا تا به حال مبتلا به بیماری شده اید؟ いままでにかかった病気はありますか

بیماری いちょう 胃腸の病気 بیماری かんぞう 肝臓の病気 بیماری しんぞう 心臓の病気 بیماری じんぞう 腎臓の病気

سل けっかく 結核 بیماری とうようびょう 糖尿病 آسم ぜんそく فشار خون بالا こうけつあつしやう 高血圧症

ایپز エイズ تیروئید こうじょうせん 甲状腺の病気 بیماری せいびょう 性病 غیره その他



آیا تا به حال عمل جراحی شده اید؟ <small>手術を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
آیا تا به حال خون دریافت کرده اید؟ <small>輸血を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
وضعیت بهداشتی افراد خانواده <small>家族の病歴</small>							
	سن <small>年齢</small>	سالم <small>健康</small>	ناسالم <small>健康ではない</small>	بیماری ارثی <small>遺伝病</small>	فشار خون بالا <small>高血圧</small>	بیماری قندی <small>糖尿病</small>	سرطان <small>がん</small>
پدر <small>父</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مادر <small>母</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
برادران <small>兄弟</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خواهران <small>姉妹</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شوهر <small>夫</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فرزند <small>子ども</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا دفعه بعد، می‌توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟ <small>今後、通訳を自分で連れてくることができますか</small>							
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر							

〈2/2ページ〉

پرسشنامه بخش چشم

گان کا مونشینویو
眼科問診票

فارسی
پارسیجا

برای پر کردن این فرم به شما مربوط می شوند را تیک بزنید
آهه به مار مونه نی چک شیه کده ای

سال
نهان

ماه
گاف

روز
نیچ

نام و نام خانوادگی نام و نام خانوادگی	<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
تاریخ تولد سال _____ ماه _____ روز _____	تلفن _____
آدرس آدرس	
آیا بیمه درمانی دارید؟ آیا بیمه درمانی دارید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
ملیت ملیت	زبان زبان

چو ناراحتی دارید؟

چشم راست چشم چپ هر دو چشم آب ریزش چشم
 درد چشم چرک چشم جوش آب ریزش چشم
 ریگ در چشم تار دیدن غیره
 دو تا دیدن حساسیت به نور غیره

از چه موقع؟
سال _____ ماه _____ روز _____

آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟
 بله خیر

آیا دارویی دارید که هر روز از آن مصرف می کنید؟
 بله خیر

آیا در حال حاضر حامله هستید یا ممکن است حامله باشید؟
 بله خیر

آیا به شیر می دهید؟
 بله خیر

آیا تا به حال بیهوشی دچار مشکل شده اید؟
 بله خیر

آیا تا به حال مبتلا به بیماری شده اید؟
 بیماری گوارشی بیماری کبدی بیماری قلبی بیماری کلیوی
 سل قند آسم فشار خون بالا
 ایبز تیروئید سفلیس غیره

آیا در حال حاضر برای مداوی بیماری تحت درمان هستید؟
 بله خیر

آیا کسی از بستگان شما بیماری چشم دارد؟
 بله خیر

آیا دفعه بعد، می توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟
 بله خیر

پرسشنامه بخش دندان

歯科問診票

فارسی
پهلشیاچا

مباردی که به شما مربوط می شوند را تیک بزنید

سال

ماه

روز

نام و نام خانوادگی <small>名前</small>	<input type="checkbox"/> مرد <small>男</small> <input type="checkbox"/> زن <small>女</small>
تاریخ تولد <small>生年月日</small>	سال <small>年</small> _____ ماه <small>月</small> _____ روز <small>日</small>
آدرس <small>住所</small>	تلفن <small>電話</small>
آیا بیمه درمانی دارید؟ <small>健康保険を持っていますか？</small>	<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>
ملیت <small>国籍</small>	زبان <small>言葉</small>

چگونه ناراحتی دارید؟

دندان درد میکند 歯が痛い جسم دندان خالی شده 詰め物がとれた دندان گدازد 歯ぐきが痛い کرم خوردن 虫歯を治してほしい

می خواهم دندان مصنوعی بسازم 入れ歯を作りたい دندان مصنوعی ام شکسته 入れ歯がこわれた

می خواهم دندانهایم را مرتب کنم 歯並びを直したい معاینه دندانها 検診

می خواهم دندان را جرم گیری کنم 歯石・歯こうを取りたい دهان بو می دهد 口臭 غیره その他

آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟ アレルギーが出ますか？

بله はい → دارو 薬 غذا 食べ物 غیره その他 خیر いいえ

آیا دارویی می خورید که هر روز از آن مصرف می کنید؟ 現在飲んでいる薬はありますか？

بله はい → نشان دهید 持っていれば見せてください خیر いいえ

آیا تا به حال در اثر بیهوشی دچار مشکل شده اید؟ 麻酔をして何かトラブルがありましたか？ بله はい خیر いいえ

آیا قبلاً دندان خود را کشیده اید؟ 歯を抜いたことがありますか？ بله はい خیر いいえ

آیا در حال حاضر حامله هستید یا ممکن است حامله باشید؟ 妊娠していますか、またその可能性はありますか？

بله はい → _____ چنماه ヶ月 خیر いいえ

آیا در حال شیر می دهید؟ 授乳中ですか？ بله はい خیر いいえ

آیا تا به حال مبتلا به بیماری شده اید؟ 今までにかかった病気はありますか？

<input type="checkbox"/> بیماری روده و معده <small>胃腸の病気</small>	<input type="checkbox"/> بیماری کبدی <small>肝臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> بیماری قلبی <small>心臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> بیماری کلیوی <small>腎臓の病気</small>
<input type="checkbox"/> سل <small>結核</small>	<input type="checkbox"/> بیماری قند <small>糖尿病</small>	<input type="checkbox"/> آسم <small>ぜんそく</small>	<input type="checkbox"/> فشار خون بالا <small>高血圧症</small>
<input type="checkbox"/> ایدز <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> تیروئید <small>甲状腺の病気</small>	<input type="checkbox"/> سفلیس <small>梅毒</small>	<input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small>

آیا در حال حاضر برای مداوی بیماری تحت درمان هستید؟ 現在治療している病気はありますか？ بله はい خیر いいえ

امید شما در برابر درمان چیست؟ 治療に対する希望

می خواهم همه دندانهای خرابم را درست کنم わるいところは全て直したい

می خواهم تنها دندانهایی را که در حال حاضر درد میکنند درست کنم 今痛い歯だけを直したい

هزینه معالجه به عهده خودم است اشکالی ندارد 自費診療でもかまわない

می خواهم بیمه درمانی استفاده کنم 保険の範囲内で直したい

می خواهم با دکتر مشورت کرده و تصمیم بگیرم 相談して決めたい

آیا دفعه بعد، می توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか？

بله はい خیر いいえ