

# همان شس رپ بخش داخلی

ない か もんしんひょう  
内科問診票

فارسی  
پارسیجا

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

سال

ماه

روز

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>せいねんがつび 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

<input type="checkbox"/> آیا تب دارید (°C) <small>ねつ 熱がある</small>	<input type="checkbox"/> گلو درد <small>いた のどが痛い</small>	<input type="checkbox"/> سرفه <small>せき</small>	<input type="checkbox"/> سردرد <small>あたま 頭痛い</small>
<input type="checkbox"/> سینه درد <small>むね 胸が痛い</small>	<input type="checkbox"/> جوش <small>ほっ 発しん</small>	<input type="checkbox"/> تپش سریع قلب <small>どうき 動悸</small>	<input type="checkbox"/> مشکل تنفس <small>いきぎ 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>むね 胸が苦しい</small>	<input type="checkbox"/> شکم درد <small>なか 腹痛い</small>
<input type="checkbox"/> معده درد <small>い 胃痛い</small>	<input type="checkbox"/> فشار خون بالا <small>こうちやく 高血圧</small>	<input type="checkbox"/> خواب رفتگی <small>しびれ</small>	<input type="checkbox"/> تشنگی <small>かわ 渇く</small>
<input type="checkbox"/> کاهش وزن <small>たいじゆう 体重が減っている</small>	<input type="checkbox"/> نفخ شکم <small>なか 腹が張る</small>	<input type="checkbox"/> بی اشتها <small>しょくよく 食欲がない</small>	
<input type="checkbox"/> استفراغ <small>おうと 嘔吐</small>	<input type="checkbox"/> تهوع <small>はげ 吐き気</small>	<input type="checkbox"/> اسهال <small>げり 下痢</small>	<input type="checkbox"/> وجود خون در مدفوع <small>けつべん 血便</small>
<input type="checkbox"/> کسالت و بی حالی <small>だるい</small>	<input type="checkbox"/> زود خسته شدن <small>つか 疲れやすい</small>	<input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small>	

از چه موقعی それはいつからですか

سال ねん \_\_\_\_\_ ماه がつ \_\_\_\_\_ روز にち \_\_\_\_\_

آیا حساسیت دارو یا غذا くすり た 薬や食べ物 یا آلرژی アレルギー دارید؟

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

آیا دارویی げんざいの 現在飲んでる薬 دارید که هر روز از آن مصرف می کنید؟

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

آیا در حال حاضر にんしん 妊娠 هستید یا ممکن است حامله باشید؟ かこうせい 可能性

بله はい → چندماه かぜつ ヶ月  خیر いいえ

آیا じゆにゅうちゆう 授乳中 هستید به بچه شیر می دهید؟

بله はい  خیر いいえ

آیا تا به حال いま びょうき 病氣 مبتلا به بیماری شده اید؟

<input type="checkbox"/> بیماری روده و معده <small>いちょう びょうき 胃腸の病氣</small>	<input type="checkbox"/> بیماری کبدی <small>かんぞう びょうき 肝臓の病氣</small>	<input type="checkbox"/> بیماری قلبی <small>しんぞう びょうき 心臓の病氣</small>	<input type="checkbox"/> بیماری کلیوی <small>じんぞう びょうき 腎臓の病氣</small>
<input type="checkbox"/> سل <small>けっかく 結核</small>	<input type="checkbox"/> بیماری قند <small>とうにょうびょう 糖尿病</small>	<input type="checkbox"/> آسم <small>ぜんそく</small>	<input type="checkbox"/> فشار خون بالا <small>こうちやく 高血圧症</small>
<input type="checkbox"/> ایدز <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> تیروئید <small>こうじょうせん 甲状腺の病氣</small>	<input type="checkbox"/> سفلیس <small>はいどく 梅毒</small>	<input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small>

آیا در حال حاضر げんざい ちりょう 現在治療 برای بیماری تحت درمان هستید؟

بله はい  خیر いいえ

آیا تا به حال شویجی 手術 عمل جراحی شدش اید؟

بله はい  خیر いいえ

آیا تا به حال یوکی 輸血 خون دریافت کرده اید؟

بله はい  خیر いいえ

آیا گون 今後 دفعه بعد، می توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟ つ 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

# پرسشنامه بخش جراحی

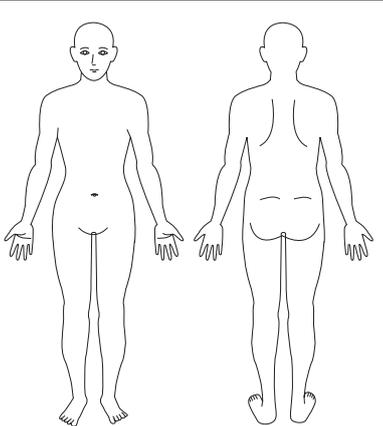
外科問診票

فارسی  
پارسیجا

بزرگوارانه را تیک  کنید

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 <input type="text"/> ماه <input type="text"/> روز <input type="text"/>
آدرس <small>住所</small>	تلفن <small>電話番号</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>

<p>چگونه ناراحتی دارید؟</p> <p><input type="checkbox"/> تب دارید (°C) <small>熱がある</small> <input type="checkbox"/> شکم درد <small>お腹が痛い</small> <input type="checkbox"/> زخم <small>けが</small></p> <p><input type="checkbox"/> سوختگی <small>やけど</small> <input type="checkbox"/> غده <small>しこり</small> <input type="checkbox"/> خواب رفتگی <small>しびれ</small></p> <p><input type="checkbox"/> رگ شستگی <small>ひねった</small> <input type="checkbox"/> کاهش وزن <small>体重が減っている</small> <input type="checkbox"/> خارش <small>かゆい</small></p> <p><input type="checkbox"/> سنگ کیسه صفرا <small>胆石</small> <input type="checkbox"/> تورم <small>腫れ</small> <input type="checkbox"/> بواسیر <small>痔</small></p> <p><input type="checkbox"/> وجود خون در مدفوع <small>血便</small> <input type="checkbox"/> گلو حلق لوزه <small>のど(甲状腺)</small> <input type="checkbox"/> باد فتق <small>脱腸(ヘルニア)</small></p> <p><input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> گردن <small>首</small> <input type="checkbox"/> ریه <small>肺</small> <input type="checkbox"/> پستان <small>乳房</small></p> <p><input type="checkbox"/> معده <small>胃</small> <input type="checkbox"/> ناف <small>へそ</small> <input type="checkbox"/> روده <small>腸</small></p>	 <p>محل بیماری را با علامت دایره نشان دهید  <small>しよじょう 症状のあるところに丸をしてください</small></p>
<p>از چه موقعی است؟ <small>それはいつからですか</small></p> <p>سال <input type="text"/> ماه <input type="text"/> روز <input type="text"/></p>	
<p>آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟ <small>薬や食べ物でアレルギーが出ますか</small></p> <p><input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> دارو <small>薬</small> <input type="checkbox"/> غذا <small>食べ物</small> <input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small></p>	
<p>آیا دارویی دارید که هر روز از آن مصرف می‌کنید؟ <small>現在飲んでいる薬はありますか</small></p> <p><input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> نشان دهید لطفاً همراه خود دارویی که همراه دارید را همراه خودتان بیاورید <small>持っていれば見せてください</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small></p>	
<p>آیا در حال حاضر حامله هستید یا ممکن است حامله باشید؟ <small>妊娠していますか、またその可能性はありますか</small></p> <p><input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> → <input type="text"/> چندماه <small>ヶ月</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small></p>	
<p>آیا در حال شیر می‌دهید؟ <small>授乳中ですか</small></p> <p><input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small></p>	
<p>آیا تا به حال مبتلا به بیماری شده‌اید؟ <small>今までにかかった病気はありますか</small></p> <p><input type="checkbox"/> بیماری <small>病気の病</small> <input type="checkbox"/> بیماری <small>病気の病</small> <input type="checkbox"/> بیماری <small>病気の病</small> <input type="checkbox"/> بیماری <small>病気の病</small></p> <p><input type="checkbox"/> سل <small>結核</small> <input type="checkbox"/> 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></p> <p><input type="checkbox"/> ایدز <small>エイズ</small> <input type="checkbox"/> تیروئید <small>甲状腺の病</small> <input type="checkbox"/> سفلیس <small>梅毒</small> <input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small></p>	
<p>آیا در حال حاضر برای درمان بیماری تحت درمان هستید؟ <small>現在治療している病気はありますか</small></p> <p><input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small></p>	
<p>آیا تا به حال عمل جراحی داشته‌اید؟ <small>手術を受けたことがありますか</small></p> <p><input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small></p>	
<p>آیا تا به حال خون دریافت کرده‌اید؟ <small>輸血を受けたことがありますか</small></p> <p><input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small></p>	
<p>آیا تا به حال در اثر بیهوشی دچار مشکل شده‌اید؟ <small>麻酔をして何かトラブルがありましたか</small></p> <p><input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small></p>	
<p>اگر معرفی نامه دارید لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید؟ <small>紹介状のある方だけ書いてください</small></p>	
<p>آیا عکس رادیولوژی همراه خود آورده‌اید؟ <small>レントゲンフィルムを持っていますか</small></p> <p><input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small></p>	
<p>آیا عکس آندوسکوپی را همراه خود آورده‌اید؟ <small>内視鏡フィルムを持っていますか</small></p> <p><input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small></p>	

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 男</small> <input type="checkbox"/> زن <small>おんな 女</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>けんこうほけん 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

سردرد あたま いた 頭痛  سر گیجه めまい  حالت تهوع はきけ 吐き気  استفراغ おうと 嘔吐

گوش زنگ زدن みみ なる 耳鳴り  درد کتف かた 痛み 肩こり  خواب رفتگی اعضای بدن あし びれ 手足のふるえ

بیهوشی いしき 意識  مشکل شنوایی きこえ 聞きにくい

مشکل دید もの 見えにくい  مشکل راه رفتن あそび 歩きにくい

مشکل دست و پا て 動きが悪い  غیره その他

موقع از چه موقع؟ 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 ぶつきましたか

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

کجای سر شما؟ どこをぶつきましたか  جلوسر ぜんとうぶ 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

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

اگر سر شما درد میکند سوالات زیر پاسخ دهید あたま いた 頭痛 質問

کجای سر شما درد میکند؟ どこが痛みますか

جلوسر ぜんとうぶ 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؟ どのように痛みますか

زق زق ズキンズキン  سر درد شدید ガンガン  مثل گان و گان 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؟ いちばん痛いのはいつですか

صبح あさ 朝  ظهر ひる 昼  عصر ゆふかた 夕方  تمام روز いちにちじゅう 一日中

آیا حساسیت دارید؟ 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؟ げんざいのくすり 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 → \_\_\_\_\_ چنماه 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？

- |                      |                          |                      |                      |
|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| □ 胃腸の病気<br>いちょう びょうき | □ 肝臓の病気<br>かんぞう びょうき     | □ 心臓の病気<br>しんぞう びょうき | □ 腎臓の病気<br>じんぞう びょうき |
| □ 結核<br>けっかく         | □ 糖尿病<br>とうようびょう         | □ ぜんそく<br>ぜんそく       | □ 高血圧症<br>こうけつあつしやう  |
| □ エイズ<br>エイズ         | □ 甲状腺の病気<br>こうじょうせん びょうき | □ 梅毒<br>ばいどく         | □ その他<br>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  
 □ 酒を飲みますか？

□ はい → \_\_\_\_\_ リットル / 日  
 □ いいえ

す  
 □ たばこを吸いますか？

□ はい → \_\_\_\_\_ 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</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>				
آیا بیمه درمانی دارید؟ <small>けんこう ぼけん も</small>	健康保険を持っていますか？		<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>
ملیت <small>こくせき</small>	میلیت <small>こくせき</small>	زبان <small>ことば</small>	زبان <small>ことば</small>	

چه ناراحتی دارید؟ どうしましたか

کم خوابی ねむ  پر حرفی いつもよりよくしゃべる

اضطراب یا حملات وحشت ふあん 不安 یا ぱニック ぼっさ ほっさ 発作

شنیدن صدا حتی وقتی شخصی در اطراف نیست まわ ひと 周りに人がいないのに声が聞こえる こえ き

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

حساسیت 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 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  غذا た  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 → ( \_\_\_\_\_ )

هدف از 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  خانواده かぞく 家族  دوستان ゆうじん 友人  پلیس けいさつ 警察  یکی از همکاران きんむ さき 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 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 か 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؟ じゆちゅうちゅう 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 برای مداوای بیماری تحت درمان هستید؟ げんざい の くすり 現在飲んでいる薬はありますか

بله はい → اگر دارو دارید لطفا نشان دهید も み 持っていれば見せてください  خیر いいえ

いま びょうき  
? آیا تا به حال مبتلا به بیماری شده اید؟  
نمایه تا به حال به بیماری شده اید؟

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> جنون 認知症 (にんちしやう)  | <input type="checkbox"/> اعتیاد به الکل یا مواد مخدر (اکتیااد به الکول یا مواد مخدر) |
| <input type="checkbox"/> اختلالات خلقی 気分障害 (کیفون شیاوکای) → <input type="checkbox"/> شیدایی 躁病 (شیدایی سوزبیاو) | <input type="checkbox"/> افسردگی 鬱病 (اوسردگی اوتسبیاو)                               |
| <input type="checkbox"/> وحشت زدگی panic  | <input type="checkbox"/> افسردگی 鬱病 (اوسردگی اوتسبیاو)                               |
| <input type="checkbox"/> اختلال شخصیت パーソナلیتی-障害 (شیاوکای)   | <input type="checkbox"/> بیخوابی 不眠症 (فومینشیاو)                                     |
| <input type="checkbox"/> عقب ماندگی ذهنی 精神遲滞 (سایشین چیتای)  | <input type="checkbox"/> اختلال رشد 発達障害 (هاتتاشیاوکای)                              |
| <input type="checkbox"/> شیزوفرنی 統合失調症 (تووشیاوکای)  | <input type="checkbox"/> صرع てんかん  |
| <input type="checkbox"/> سایر موارد 其他 (تا) → ( )   | <input type="checkbox"/> ADHD 注意欠陥 (如) 多動性障害 (چیهوئی کفکان شیا تا دوشیوشیاوکای)      |

آیا دفعه بعد، می‌توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟  
آیا دفعه بعد، می‌توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟  
آیا دفعه بعد، می‌توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟

- بله 是  خیر 否

<2/2په-ج>



# پرسشنامه بخش پوست

ひふかもんしんひょう  
皮膚科問診票

فارسی  
پارسیجا

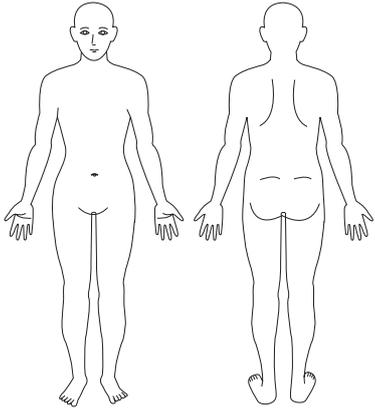
بروزید  نیک را شوند می شونند را نیک  مواردی که به شما مربوط می شوند را تیک  بزنید  
あてはまるものにチェックしてください

سال  
ねん

ماه  
がつ

روز  
にち

نام و نام خانوادگی なまえ 名前			<input type="checkbox"/> مرد おとこ 男	<input type="checkbox"/> زن おんな 女
تاریخ تولد せいねんがっぴ 生年月日	سال ねん	ماه がつ	روز にち	تلفن でんわ 電話
آدرس しゅうしょ 住所				
آیا بیمه درمانی دارید؟ けんこうほけんも 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 こくせき 国籍	زبان ことば 言葉			

<p>چگونه ناراحتی دارید؟ どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> تب دارید (°C) 熱がある ねつ ℃</p> <p><input type="checkbox"/> سوختگی やけど</p> <p><input type="checkbox"/> کوفتگی یا خون مردگی あざ</p> <p><input type="checkbox"/> قارچ پوستی みずむし</p> <p><input type="checkbox"/> درد いた</p> <p><input type="checkbox"/> جوش ほっ</p> <p><input type="checkbox"/> خال ほくろ</p> <p><input type="checkbox"/> تاول زده たぶ</p> <p><input type="checkbox"/> خارش かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> آگزما あぐま</p> <p><input type="checkbox"/> شمشک しみ</p> <p><input type="checkbox"/> غیره その他</p>	 <p>محل بیماری را با علامت دایره نشان دهید しやうじやう 症状のあるところに丸をしてください</p>
<p>از چه موقع؟ それはいつからですか</p> <p>سال ねん</p> <p>ماه がつ</p> <p>روز にち</p> <p>_____ روز _____ ماه _____ سال _____</p>	
<p>آیا علائم بیماری تغییر کرده است؟ しやうじやうへんか その症状は変化していますか</p> <p><input type="checkbox"/> بله はい</p> <p><input type="checkbox"/> خیر いいえ</p>	
<p>آیا حساسیت دارو یا غذا با دارو یا غذا آلرژی می‌دهد؟ くすりたもの アレルギーが出来ますか</p> <p><input type="checkbox"/> بله はい</p> <p>→ <input type="checkbox"/> دارو くすり</p> <p><input type="checkbox"/> غذا たもの</p> <p><input type="checkbox"/> غیره その他</p> <p><input type="checkbox"/> خیر いいえ</p>	
<p>آیا دارویی می‌کنید که هر روز از آن مصرف می‌کنید؟ げんざいの くすり 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> بله はい</p> <p>→ <input type="checkbox"/> بله はい</p> <p>→ <input type="checkbox"/> خیر いいえ</p>	
<p>آیا در حال حامله هستید یا ممکن است حامله باشید؟ にんしん 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</p> <p><input type="checkbox"/> بله はい</p> <p>→ _____ چندان かげつ ヶ月</p> <p><input type="checkbox"/> خیر いいえ</p>	
<p>آیا در حال شیر می‌دهید؟ しちゅうちゅう 授乳中ですか</p> <p><input type="checkbox"/> بله はい</p> <p><input type="checkbox"/> خیر いいえ</p>	
<p>آیا تا به حال مبتلا به بیماری شده‌اید؟ いま びやうき 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> بیماری روده و معده いちょう びやうき 胃腸の病気</p> <p><input type="checkbox"/> بیماری کبدی かんぞう びやうき 肝臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> بیماری قلبی しんぞう びやうき 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> بیماری کلیوی じんぞう びやうき 腎臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> سل けっかく</p> <p><input type="checkbox"/> بیماری قند とうじょうびやう 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> آسم ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> فشار خون بالا こうけつあつじやう 高血圧症</p> <p><input type="checkbox"/> ایدز エイズ</p> <p><input type="checkbox"/> تیروئید こうじょうせん びやうき 甲状腺の病気</p> <p><input type="checkbox"/> سفلیس はいどく 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/> غیره その他</p>	
<p>آیا در حال حاضر برای مداوی بیماری تحت درمان هستید؟ げんざいちりやう びやうき 現在治療している病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> بله はい</p> <p><input type="checkbox"/> خیر いいえ</p>	
<p>آیا تا به حال عمل جراحی شده‌اید؟ شیرجراحی 手術を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> بله はい</p> <p><input type="checkbox"/> خیر いいえ</p>	
<p>آیا تا به حال بیهوشی دچار مشکل شده‌اید؟ مستی なに 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p> <p><input type="checkbox"/> بله はい</p> <p><input type="checkbox"/> خیر いいえ</p>	
<p>آیا دفعه بعد، می‌توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟ こんご つうやく じぶん 今後、通訳を自分で連れてくることができますか</p> <p><input type="checkbox"/> بله はい</p> <p><input type="checkbox"/> خیر いいえ</p>	

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

چه ناراحتی دارید؟

حاملگی  ناهنجاری قاعدگی  درد در ناحیه پائین شکم  خونریزی نامرتب  پولیپ  خارش مهبلی  آزار رحم  سرطان  نازایی  کم خونی  غیره

تاریخ قاعدگی

اولین بار کی قاعدگی شدید؟ \_\_\_\_\_ سال

بندناف کی قاعدگی شدید؟ \_\_\_\_\_ سال

آیا قاعدگی نامرتب دارید؟  بله  خیر

دوره قاعدگی شما چقدر است؟  28 روزه  30 روزه  غیره  نامرتب

دوره قاعدگی شما چقدر طول میکشد؟ \_\_\_\_\_ روز

مقدار قاعدگی شما چقدر است؟  زیاد  طبیعی  کم

آیا هنگام قاعدگی درد دارید؟  بله  خیر

آخرین بار کی قاعدگی بودید؟ \_\_\_\_\_ ماه \_\_\_\_\_ روز

آیا تا بحال تجربه رابطه جنسی داشته اید؟  بله  خیر

تاریخ حاملگی

بار  زایمان طبیعی  زایمان غیر طبیعی  سقط جنین  سقط جنین عمدی  غیره  حاملگی بیرون رحم  مول هیداتی فرم

آیا می خواهید در این بیمارستان زایمان کنید؟  بله  خیر

آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟  بله  خیر

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

آیا تا بحال آزمایش سرطان داده اید؟  بله  خیر

いま びょうき  
 ？ ？  
 ？ ？

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

？ ？  
 ？ ？

？ ？  
 ？ ？

かぞく びょうき  
 ？ ？

	年齢 ねんれい	健康 けんこう	健康ではない けんこう ではない	遺伝病 いでんびょう	高血圧 こうけつあつ	糖尿病 とうようびょう	がん
父 ちち	( )	<input type="checkbox"/>					
母 はは	( )	<input type="checkbox"/>					
兄弟 きょうだい	( )	<input type="checkbox"/>					
姉妹 しまい	( )	<input type="checkbox"/>					
夫 おつと	( )	<input type="checkbox"/>					
子ども こども	( )	<input type="checkbox"/>					

？ ？  
 ？ ？

はい  いいえ



# پرسشنامه بخش گوش . حلق . بینی

じ び いん けつ か もん しん ひょう  
耳鼻咽喉科問診票

فارسی  
پهلشیا ٔو

بزنید  تیک را شوند می شوند را تیک  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 男</small>	<input type="checkbox"/> زن <small>おんな 女</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>じゅうしょ 住所</small>				
آیا بیمه درمانی دارید؟ <small>けんとう ほけん 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>			

آیا در این روزها چه ناراحتی دارید؟ どうしましたか

آیا تب دارید (°C) ねつ 熱がある  سرم سنگین است あたま おも 頭が重い

سرم درد میکند あたま いた 頭が痛い

علائم بیماری گوش みみ しょうじょう 耳の症状

راست みぎ 右  چپ ひだり 左  هر دو りょうほう 両方  گوشم درد میکند みみ いた 耳が痛い

ترشح چرکی گوش みみ たら 耳だれ  گوشم زنگ میزند みみ なる 耳なり  جرم گوش みみ じ 耳あか  سرم گیج می رود めまい めまい 耳がふさがった感じ

شنیدن بد میشود きこえが悪い  گوشم کیپ شده みみ つか 耳がふさがった感じ

علائم بیماری بینی はな しょうじょう 鼻の症状

بینی ام گرفته はな つか 鼻がつまる  آب ریزش دارم はな なが 鼻がでる  عطسه می کنم くしゃみ しゃみ  بینی ام خون ریزی دارد はな ち 鼻血

بینی خرد می کنم はな くだ 鼻が壊れる  بو را تشخیص نمی دهم におい かわから においがわからない

علائم بیماری حلق のど しょうじょう 喉の症状

زبانم درد می کند した いた 舌が痛い  گلویم درد می کند のど いた 喉が痛い  سرفه せき せき  خلط たん たん

این که چیزی در گلویم گیر کرده است なに かん 何がある感じ  صدای گرفتگی こえ つか 声がかれる  مشکل بلعیدن のみこみ 飲み込みにくい

ورم صورت かお 腫れ 顔・頰部(くび)の腫れ  غیره その他

از چه موقع؟ 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 アレルギーが 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

آیا دارویی که در حال خوردن هستید げんざいの くすり 現在飲んでいる薬はありますか

بله はい →  بله はい → \_\_\_\_\_ لیتر ひ در روز リットル/日  خیر いいえ

بله はい →  بله はい → \_\_\_\_\_ در روز 本/日  خیر いいえ

آیا در حال حاضر حامله هستید یا ممکن است حامله باشید؟ にんしん 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 → \_\_\_\_\_ چندماه かづつ 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

آیا مشروب می خورید؟ お酒を 飲みますか  بله はい → \_\_\_\_\_ لیتر ひ در روز リットル/日  خیر いいえ

آیا سیگار میکشید؟ たばこを 吸いますか  بله はい → \_\_\_\_\_ در روز 本/日  خیر いいえ

آیا تا به حال عمل جراحی شده اید؟ しゆじゆつ 手術を受けたことがありますか  بله はい  خیر いいえ

آیا تا به حال خون دریافت کرده اید؟ けつ 輸血を受けたことがありますか  بله はい  خیر いいえ

آیا تا به حال در اثر بیهوشی دچار مشکل شده اید؟ ますい なに 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 دفعه بعد، می توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟ こんご づやく じぶん 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

# پرسشنامه بخش دندان

歯科問診票

فارسی  
پهلشیاچا

مباردای که به شما مربوط می شوند را تیک  بزنید

سال

ماه

روز

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>せいねんがつび 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 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>

چگونه ناراحتی دارید؟

دندانم درد میکند は いた 歯が痛い  ترفه دندانم خالی شده つめものがとれた  دندانم گدازد は ぐきが痛い  کرم خوردن むしぼ 虫歯を治してほしい

می خواهم دندان مصنوعی من را درست کنم 入れ歯を作りたい  دندان مصنوعی من شکسته 入れ歯がこわれた

می خواهم دندانهایم را مرتب کنم はならびを治したい  معاینه دندانها けん診

می خواهم دندانم را جرم گیری کنم しせき 歯石 歯こうを取りたい  دهانم بو می دهد 口臭  غیره その他

آیا حساسیت دارو یا غذا دارید؟ くすり た 食物 アレルギー

بله はい →  دارو くすり  غذا た 食物  غیره その他  خیر いいえ

آیا دارویی می کنید؟ げんざいの くすり 現在飲んでいる薬

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

آیا تا به حال در اثر بیهوشی دچار مشکل شده اید؟ ますい なに 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؟ は ぬ 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؟ 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 شیر می دهید؟ しゅうちゅう 授乳中ですか  بله はい  خیر いいえ

آیا تا به حال مبتلا به بیماری شده اید؟ いま かつて 病気

<input type="checkbox"/> بیماری روده و معده <small>いちょう びょうき 胃腸の病気</small>	<input type="checkbox"/> بیماری کبدی <small>かんそう びょうき 肝臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> بیماری قلبی <small>しんそう びょうき 心臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> بیماری کلیوی <small>しんそう びょうき 腎臓の病気</small>
<input type="checkbox"/> سل <small>けっかく 結核</small>	<input type="checkbox"/> بیماری قند <small>とうりょうびょう 糖尿病</small>	<input type="checkbox"/> آسم <small>ぜんそく</small>	<input type="checkbox"/> فشار خون بالا <small>こうけつあつしやう 高血圧症</small>
<input type="checkbox"/> ایدز <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> تیروئید <small>こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気</small>	<input type="checkbox"/> سفلیس <small>はいどく 梅毒</small>	<input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small>

آیا در حال حاضر برای مداوی 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  بله はい  خیر いいえ

امید شما در باره درمان ちりょう たい きぼう 治療に対する希望

می خواهم همه دندانهای خرابم را درست کنم わる すべ なお 悪いところは全て治したい

می خواهم تنها دندانهایی را که در حال حاضر درد میکنند درست کنم いまいた は なお 今痛い歯だけを治したい

هزینه معالجه به عهده خودم است اشکالی ندارد じ ひんりやう 自費診療でもかまわない

می خواهم بیمه درمانی استفاده کنم ほけん はんい ない なお 保険の範囲内で治したい

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

آیا دفعه بعد، می توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟ こんご づやく じぶん づ 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