فارسی
ペルシャ語

پرسشنامه بخش چشم
眼科問診票

موارد زیر را 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 年　ماه 月　روز 日

نام ونام خانوادگی 名前		□مرد 男　□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?	□بله はい　□خیر いいえ		
ملیت 国籍		زبان 言葉	

چه ناراحتی دارید؟ どうしましたか

□چشم راست 右眼　□چشم چپ 左眼　□هر دو چشم 両眼　□اب ریزش چشم 涙が出る
□چشم درد 痛い　□چرك چشم 目やに　□جوش はれもの
□چشم در ریگ ゴロゴロする　□تار دیدن 見えにくい
□دو تا دیدن 物が二重に見える　□حساسیت به نور まぶしい　□غیره その他

از چه موقع؟ それはいつからですか

_____ سال 年 _____ ماه 月 _____ روز 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

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

آیاداروییدارید که هر روز از آن مصرف می‌کنید؟ 現在飲んでいる薬はありますか

□بله はい → اگر الان دارویی‌همراه خودداریدلطفا نشان دهید 持っていれば見せてください　□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 → _____ چندماه ヶ月　□خیر いいえ

الان به بچه شیر میدهید؟ 授乳中ですか	□بله はい　□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 تا به حال مبتلا به بیماری شده اید؟ 今までにかかった病気はありますか

□بیماری روده ومعده 胃腸の病気　□بیماری کبدی 肝臓の病気　□بیماری قلبی 心臓の病気　□بیماری‌کلیوی 腎臓の病気
□سل 結核　□بیماری قند 糖尿病　□آسم ぜんそく　□فشار خون بالا 高血圧症
□ایدز エイズ　□تیروئید 甲状腺の病気　□سفلیس 梅毒　□غیره その他

آیا در حال حاضر برای مداوای 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

آیا کسی از بستگان شما بیماری چشم دارد؟ 家族で目の病気の人がいますか

□بله いる → وچه نوع بیماری میباشد؟ 誰が _____ چه کسی それはどんな病気ですか _____

□خیر いない

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 はい　□خیر いいえ

© NPO法人国際交流ハーティ港南台& (公財)かながわ国際交流財団