

پرسشنامه بخش جراحی

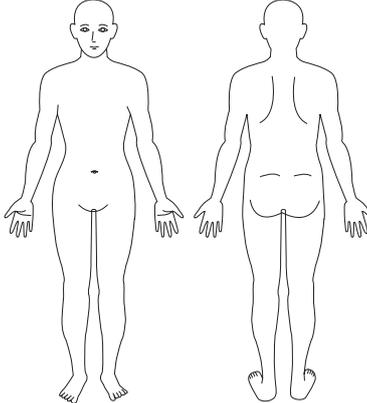
外科問診票

فارسی
پارسیجا

برای تکمیل این فرم، لطفاً موارد زیر را با دقت پر کنید. (برای تکمیل این فرم، لطفاً موارد زیر را با دقت پر 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>چه ناراحتی دارید؟ <small>どうしましたか？</small></p> <p><input type="checkbox"/> تب دارید (°C) <small>熱がある</small> <input type="checkbox"/> شکم درد <small>お腹痛い</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> <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>しよしょう 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 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"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small></p>	
<p>آیا در حال بارداری هستید؟ <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="checkbox"/> چندماه <small>ヶ月</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small></p>	
<p>آیا در حال شیردهی هستید؟ <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 بیماری داشته‌اید؟ <small>今までにかかった病気はありますか？</small></p> <p><input type="checkbox"/> بیماری معده و روده <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></p> <p><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></p> <p><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></p>	
<p>آیا در حال 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 بیهوشی داشته‌اید؟ <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 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〉