

# 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

سال <sup>نهان</sup> 年

ماه <sup>گاف</sup> 月

روز <sup>نیه</sup> 日

|                                                                |                                                |                            |                                                   |                                               |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| نام و نام خانوادگی <sup>ناماے</sup> 名前                         |                                                |                            | <input type="checkbox"/> مرد <sup>وتو</sup> 男     | <input type="checkbox"/> زن <sup>وننا</sup> 女 |
| تاریخ تولد <sup>ساینه گافبیه</sup> 生年月日                        | سال <sup>نهان</sup> 年 _____                    | ماه <sup>گاف</sup> 月 _____ | روز <sup>نیه</sup> 日 _____                        | تلفن <sup>دنوا</sup> 電話 _____                 |
| آدرس <sup>شیاو یو</sup> 住所                                     |                                                |                            |                                                   |                                               |
| آیا بیمه درمانی دارید؟ <sup>کهن گون هون مو</sup> 健康保険を持っていますか？ | <input type="checkbox"/> بله <sup>های</sup> はい |                            | <input type="checkbox"/> خیر <sup>ایایه</sup> いいえ |                                               |
| ملیت <sup>کوسکی</sup> 国籍                                       | زبان <sup>کوتوبا</sup> 言葉 _____                |                            |                                                   |                                               |

چه ناراحتی دارید؟ <sup>دو شوما شیکا</sup> どうしましたか？

|                                                                  |                                                                   |                                                                       |                                                                |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> آیا تب دارید (°C) <sup>نهاف</sup> 熱がある  | <input type="checkbox"/> دردی که در گلو <sup>یتا</sup> のどが痛い      | <input type="checkbox"/> سرفه <sup>سکی</sup> せき                       | <input type="checkbox"/> سردرد <sup>اتاما یتا</sup> 頭痛い        |
| <input type="checkbox"/> سینه <sup>مونه یتا</sup> 胸が痛い           | <input type="checkbox"/> جوش <sup>هوس</sup> 発しん                   | <input type="checkbox"/> تپش سریع قلب <sup>دو مکی</sup> 動悸            | <input type="checkbox"/> مشکل تنفس <sup>یککی</sup> 息切れ         |
| <input type="checkbox"/> تورم <sup>مومکی</sup> むくみ               | <input type="checkbox"/> سر گیجه <sup>مهمای</sup> めまい             | <input type="checkbox"/> احساس فشار بر سینه <sup>مونه کور</sup> 胸が苦しい | <input type="checkbox"/> شکم درد <sup>نکا یتا</sup> お腹が痛い      |
| <input type="checkbox"/> معده درد <sup>ای یتا</sup> 胃が痛い         | <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <sup>کوتو کاف او</sup> 高血圧 | <input type="checkbox"/> خواب رفتگی <sup>شیکو</sup> しびれ               | <input type="checkbox"/> تشنگی <sup>نکا کوا</sup> 喉が渇く         |
| <input type="checkbox"/> کاهش وزن <sup>تای شیاو ه</sup> 体重が減っている | <input type="checkbox"/> نفخ شکم <sup>نکا ه</sup> お腹が張る           | <input type="checkbox"/> بی اشتها <sup>شیکو یوک</sup> 食欲がない           | <input type="checkbox"/> وجود خون در مدفوع <sup>کفوبن</sup> 血便 |
| <input type="checkbox"/> استفراغ <sup>اوتو</sup> 嘔吐              | <input type="checkbox"/> تهوع <sup>ه کی</sup> 吐き気                 | <input type="checkbox"/> اسهال <sup>گوری</sup> 下痢                     |                                                                |
| <input type="checkbox"/> کسالت و بی حالی <sup>داری</sup> だるい     | <input type="checkbox"/> زود خسته شدن <sup>توفا</sup> 疲れやすい       | <input type="checkbox"/> غیره <sup>تا</sup> その他                       |                                                                |

موقع از چه موقعی است؟ <sup>سوره ای کور دسوکا</sup> それはいつからですか？

سال <sup>نهان</sup> 年 \_\_\_\_\_ ماه <sup>گاف</sup> 月 \_\_\_\_\_ روز <sup>نیه</sup> 日 \_\_\_\_\_

آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟ <sup>کوسوری تا مو</sup> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか？

بله <sup>های</sup> はい →  دارو <sup>کوسوری</sup> 薬  غذا <sup>تا مو</sup> 食べ物  غیره <sup>تا</sup> その他  خیر <sup>ایایه</sup> いいえ

آیا دارویی می‌کنید؟ <sup>گهن گایون</sup> 現在飲んでいる薬はありますか？

بله <sup>های</sup> はい → لطفاً نشان دهید  خیر <sup>ایایه</sup> いいえ

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

بله <sup>های</sup> はい → چند ماه <sup>کاف</sup> ヶ月 \_\_\_\_\_  خیر <sup>ایایه</sup> いいえ

آیا در حال شیر می‌دهید؟ <sup>شیاو یو</sup> 授乳中ですか？

بله <sup>های</sup> はい  خیر <sup>ایایه</sup> いいえ

آیا تا به حال بیماری داشته‌اید؟ <sup>ایما</sup> 今までにかかった病気はありますか？

|                                                                            |                                                                        |                                                                    |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> بیماری روده و معده <sup>ایچیاو هیاوکی</sup> 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> بیماری کبدی <sup>کانسوا هیاوکی</sup> 肝臓の病気    | <input type="checkbox"/> بیماری قلبی <sup>شنسوا هیاوکی</sup> 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> بیماری کلیوی <sup>شینسوا هیاوکی</sup> 腎臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> سل <sup>کفکاک</sup> 結核                            | <input type="checkbox"/> بیماری قند <sup>تو یو هیاوکی</sup> 糖尿病        | <input type="checkbox"/> آسم <sup>سزنسوک</sup> ぜんそく                | <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <sup>کوتو کاف او</sup> 高血圧症   |
| <input type="checkbox"/> ایدز <sup>ایز</sup> エイズ                           | <input type="checkbox"/> تیروئید <sup>کوتو شیاو سن هیاوکی</sup> 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> سفلیس <sup>هیدوک</sup> 梅毒                 | <input type="checkbox"/> غیره <sup>تا</sup> その他                      |

آیا در حال حاضر برای مداوی بیماری تحت درمان هستید؟ <sup>گهن گایون</sup> 現在治療している病気はありますか？

بله <sup>های</sup> はい  خیر <sup>ایایه</sup> いいえ

آیا تا به حال عمل جراحی داشته‌اید؟ <sup>شیاو کاف او</sup> 手術を受けたことがありますか？

بله <sup>های</sup> はい  خیر <sup>ایایه</sup> いいえ

آیا تا به حال خون دریافت کرده‌اید؟ <sup>یو کف او</sup> 輸血を受けたことがありますか？

بله <sup>های</sup> はい  خیر <sup>ایایه</sup> いいえ

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

بله <sup>های</sup> はい  خیر <sup>ایایه</sup> いいえ