

# پرسشنامه بخش ارتوپدی

せいけいげ かもんしんひょう  
整形外科問診票

فارسی  
پارسیجا

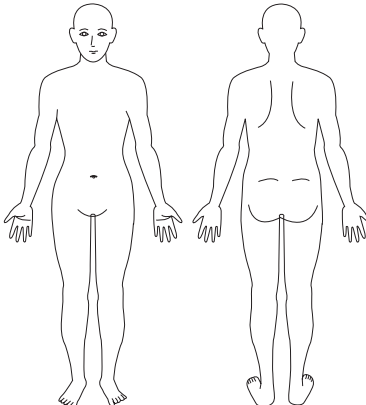
بزئید  نیک را شونء می شونء که به شما مربوط می شونء  あてはまるものにチェックしてください

سال ねん

ماه がつ

روز にち

نام خانوادگی <small>なまえ</small> نام <small>名前</small>	<input type="checkbox"/> مرد <small>おとこ</small> <input type="checkbox"/> زن <small>おんな</small>
تاریخ تولء <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> _____
آءرس <small>しゅうしょ</small> _____	
آیا بیمه درمانی دارید؟ <small>けんごうほけん</small> آیا بیمه درمانی دارید؟ <small>も</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> _____	زبان <small>ごたば</small> _____

چه ناراحتی دارید؟ <small>どうしましたか</small>	
<input type="checkbox"/> آیا تب دارید (°C) <small>ねつ</small> <input type="checkbox"/> درد <small>いた</small> <input type="checkbox"/> زخم <small>けが</small> <input type="checkbox"/> سوختگی <small>やけど</small> <input type="checkbox"/> غءه <small>しこり</small> <input type="checkbox"/> تورم <small>はれもの</small> <input type="checkbox"/> خارش <small>かゆい</small> <input type="checkbox"/> خواب رفتگی <small>しびれ</small> <input type="checkbox"/> پیچیدگی <small>ひねった</small> <input type="checkbox"/> کاهش وزن <small>たいじゆう</small> <input type="checkbox"/> <small>體重が減っている</small> <input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small>	
موقع از چه موقع؟ <small>それはいつからですか</small>	
_____ سال <small>ねん</small> _____ ماه <small>がつ</small> _____ روز <small>にち</small> _____	
آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟ <small>アレルギー</small> <small>くすり</small> <small>た</small> <small>もの</small> <small>で</small> <small>アレルギー</small> <small>が</small> <small>出</small> <small>ます</small> <small>か</small>	محل بیماری را با علامت دایره نشان دهید <small>しようじょう</small> <small>なる</small> <small>ところ</small> <small>を</small> <small>して</small> <small>くだ</small> <small>さい</small>
<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> دارو <small>くすり</small> <input type="checkbox"/> غذا <small>た</small> <input type="checkbox"/> غیره <small>その他</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>	
آیا دارویی دارید که هر روز از آن مصرف می کنید؟ <small>げんざいの</small> <small>くすり</small> <small>を</small> <small>毎日</small> <small>飲</small> <small>んで</small> <small>いる</small> <small>薬</small> <small>は</small> <small>あ</small> <small>り</small> <small>ま</small> <small>す</small> <small>か</small>	
<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>	
آیا در حال حاضر حامله هستید یا ممکن است حامله باشید؟ <small>にんしん</small> <small>か</small> <small>の</small> <small>う</small> <small>せ</small> <small>い</small> <small>は</small> <small>あ</small> <small>り</small> <small>ま</small> <small>す</small> <small>か</small>	
<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> → _____ چءماه <small>かげつ</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>	
آیا در حال حاضر برای مداوی بیماری تحت درمان هستید؟ <small>げんざいの</small> <small>びようき</small> <small>を</small> <small>あ</small> <small>り</small> <small>ま</small> <small>す</small> <small>か</small>	<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>
آیا تا به حال شیر می دهید؟ <small>しゅうにゅう</small> <small>ちゅう</small> <small>か</small> <small>中</small> <small>で</small> <small>す</small> <small>か</small>	
آیا تا به حال مبتلا به بیماری شده اید؟ <small>いま</small> <small>ひ</small> <small>ま</small> <small>で</small> <small>か</small> <small>か</small> <small>つ</small> <small>た</small> <small>病</small> <small>気</small> <small>は</small> <small>あ</small> <small>り</small> <small>ま</small> <small>す</small> <small>か</small>	
<input type="checkbox"/> بیماری رءه و معءه <small>いちょう</small> <small>び</small> <small>よう</small> <small>き</small> <small>の</small> <small>び</small> <small>よう</small> <small>き</small> <small>胃腸の病気の</small> <input type="checkbox"/> سل <small>けっかく</small> <input type="checkbox"/> قءدی <small>かんぞう</small> <small>び</small> <small>よう</small> <small>き</small> <small>肝臓の病気の</small> <input type="checkbox"/> ایءز <small>あいぞ</small> <input type="checkbox"/> قءدی <small>かんぞう</small> <small>び</small> <small>よう</small> <small>き</small> <small>糖尿病の</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> قلبی <small>しんぞう</small> <small>び</small> <small>よう</small> <small>き</small> <small>心臓の病気の</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>ぜんそく</small> <input type="checkbox"/> بیماری کلیوی <small>しんぞう</small> <small>び</small> <small>よう</small> <small>き</small> <small>腎臓の病気の</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>甲状腺</small> <small>び</small> <small>よう</small> <small>き</small> <small>甲状腺の病気の</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>梅毒</small> <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <small>こうけつあつしやう</small> <small>び</small> <small>よう</small> <small>き</small> <small>高血圧症</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>その他</small> <input type="checkbox"/> <small>その他</small>	
آیا در حال حاضر برای مداوی بیماری تحت درمان هستید؟ <small>げんざいの</small> <small>びようき</small> <small>を</small> <small>あ</small> <small>り</small> <small>ま</small> <small>す</small> <small>か</small>	<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>
آیا تا به حال عمل جراحی شده اید؟ <small>شیمی</small> <small>جراحی</small> <small>手術</small> <small>を受けた</small> <small>こと</small> <small>が</small> <small>あ</small> <small>り</small> <small>ま</small> <small>す</small> <small>か</small>	<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>
آیا تا به حال خون دریافت کرده اید؟ <small>けつ</small> <small>輸</small> <small>血</small> <small>を受けた</small> <small>こと</small> <small>が</small> <small>あ</small> <small>り</small> <small>ま</small> <small>す</small> <small>か</small>	<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>
آیا تا به حال در اثر بیهوشی دچار مشکل شده اید؟ <small>ますい</small> <small>なに</small> <small>を</small> <small>して</small> <small>何か</small> <small>トラブル</small> <small>が</small> <small>あ</small> <small>り</small> <small>ま</small> <small>す</small> <small>か</small>	<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>
آیا دفعه بعد، می توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟ <small>こんご</small> <small>つうやく</small> <small>じぶん</small> <small>で</small> <small>つ</small> <small>な</small> <small>れ</small> <small>て</small> <small>く</small> <small>る</small> <small>こ</small> <small>と</small> <small>が</small> <small>で</small> <small>き</small> <small>ま</small> <small>す</small> <small>か</small>	
<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small> <input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>	