

අභ්‍යන්තර ප්‍රතිකාර සඳහා වන ප්‍රශ්නාවලිය

ない か もんしんりょう
内科問診票

සිංහල
シンハラ語

අදාළ වන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

වසර: 年

මාසය: 月

දිනය: 日

නම 名前		<input type="checkbox"/> පුරුෂ 男	<input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී 女
උපන්දිනය 生年月日	_____ වසර: 年 _____ මාසය: 月 _____ දිනය: 日	දුරකථනය 電話	
ලිපිනය 住所			
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් はい	<input type="checkbox"/> නැත いいえ	
පුරවැසිභාවය 国籍		නාභාව 言葉	

ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか

<input type="checkbox"/> උණ (°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> උගුරේ වේදනාව のどが痛い	<input type="checkbox"/> කැස්ස せき	<input type="checkbox"/> හිසරදය 頭が痛い
<input type="checkbox"/> පපුවේ වේදනාව 胸が痛い	<input type="checkbox"/> කුෂ්ඨ 発しん	<input type="checkbox"/> හෘද ස්පන්දනය 動悸	<input type="checkbox"/> හුස්ම ගැනීමට අපහසු වීම 息切れ
<input type="checkbox"/> ඉදිමීම むくみ	<input type="checkbox"/> කරකැවිල්ල めまい	<input type="checkbox"/> පපුවේ නද ගතිය 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> උදර වේදනාව お腹が痛い
<input type="checkbox"/> උදරයේ (ආමාශයේ) වේදනාව 胃が痛い	<input type="checkbox"/> අධික පිරිසිදු බව 体が減っている	<input type="checkbox"/> අධි රුධිර පීඩනය 高血圧	<input type="checkbox"/> හිරිවැටීම しびれ
<input type="checkbox"/> අධික පිරිසිදු බව 口が渇く	<input type="checkbox"/> බර අඩුවීම 体重が減っている	<input type="checkbox"/> උදරය ඉදිමුණු බවක් දැනීම お腹が張る	
<input type="checkbox"/> ආහාර අරුචිය 食欲がない	<input type="checkbox"/> වමනය 嘔吐	<input type="checkbox"/> ඔක්කාරය 吐き気	<input type="checkbox"/> පාවනය 下痢
<input type="checkbox"/> ලේ සහිත මලපහ 血便	<input type="checkbox"/> ශරීර දුර්වලතාව だるい	<input type="checkbox"/> අධික නෙතෙට්ටුව 疲れやすい	<input type="checkbox"/> වෙනත් その他

ඔබට මෙම ගැටළු කොපමණ කාලයක් තිබේ ද? それはいつからですか

_____ වසරේ 年 _____ මස 月 _____ දින සිට 日から

ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

ඔව් はい → ඖෂධ 薬 ආහාර 食べ物 වෙනත් その他 නැත いいえ

ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? 現在飲んでいる薬はありますか

ඔව් はい → ඔබ ප්‍රභව කිසිවක් තිබේ නම්, කරුණාකර පෙන්වන්න. 持っていれば見せてください නැත いいえ

ඔබ ගැබ්ගෙන සිටී ද, නැතහොත් ගැබ්ගෙන සිටීමේ හැකියාවක් තිබේ ද? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

ඔව් はい → _____ මාස 月 _____ ක් නැත いいえ

ඔබ දැනට මව්කිරි ලබා දෙන්නේ ද? 授乳中ですか

ඔව් はい නැත いいえ

ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> ආමාශය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> අක්මා රෝගය 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> හදවත් රෝගය 心臓の病気
<input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝගය 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> ක්ෂය රෝගය 結核	<input type="checkbox"/> දියවැඩියාව 糖尿病
<input type="checkbox"/> අධි රුධිර පීඩනය 高血圧症	<input type="checkbox"/> ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී エイズ	<input type="checkbox"/> නයිට්‍රොජන් ගැටළු 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> වෙනත් その他		<input type="checkbox"/> ඇදුම ぜんそく
		<input type="checkbox"/> සිරිලිස් රෝගය 梅毒

ඔබ වර්තමානයේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ගනිමින් සිටී ද? 現在治療している病気はありますか

ඔව් はい නැත いいえ

ඔබ කෙදිනක හෝ ශල්‍යකර්මයක් කර තිබේ ද? 手術を受けたことがありますか

ඔව් はい නැත いいえ

ඔබ කෙදිනක හෝ රුධිර පාරවලයනය කර තිබේ ද? 輸血を受けたことがありますか

ඔව් はい නැත いいえ

ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තනයක සුදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

ඔව් はい නැත いいえ

ආලෝකකර්ම ප්‍රශ්නාවලිය

げ か もん しん ひ ゃう
外科問診票

සිංහල
シンハラ語

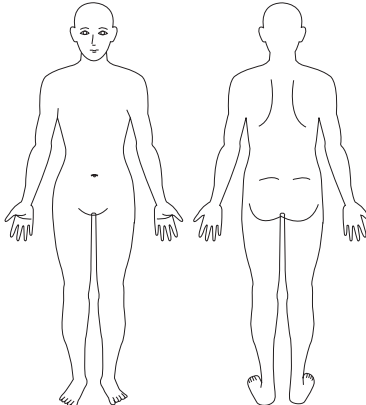
අදාළ වන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

වසර: 年

මාසය: 月

දිනය: 日

නම 名前			<input type="checkbox"/> පුරුෂ 男	<input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී 女
උපන්දිනය 生年月日	වසර: 年	මාසය: 月	දිනය: 日	දුරකථනය 電話
ලිපිනය 住所				
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් はい		<input type="checkbox"/> නැත いいえ	
පුරවැසිභාවය 国籍	භාෂාව 言葉			

ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか		 <p>පිත්තූරය මත රවුම් කරන්න 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> උණ (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> පිපීසීම් やけど <input type="checkbox"/> උලක්කුව හිටි <input type="checkbox"/> පිත්තාශයේ ගල් 胆石 <input type="checkbox"/> ලේ සහිත මලපහ 血便 <input type="checkbox"/> වෙනත් その他 <hr/> <input type="checkbox"/> බෙල්ල 首 <input type="checkbox"/> උදුර (ආමාශය) 胃	<input type="checkbox"/> උදුර වේදනාව お腹が痛い <input type="checkbox"/> ගැටිති හිටි <input type="checkbox"/> බර අඩුවීම 体重が減っている <input type="checkbox"/> ඉදිමීම 腫れ <input type="checkbox"/> උදුර (තයි‍රොයිඩ් ග්‍රන්ථිය) のど(甲状腺) <input type="checkbox"/> තුවාල けが <input type="checkbox"/> හිරිවැටීම しびれ <input type="checkbox"/> කැසීම かゆい <input type="checkbox"/> අර්ශස් 痔 <input type="checkbox"/> හර්නියා 脱腸(ヘルニア) <hr/> <input type="checkbox"/> පිපියුරු 乳房 <input type="checkbox"/> අන්ත්‍රය 腸 <hr/> <input type="checkbox"/> පෙනහළු 肺 <input type="checkbox"/> පෙකණිය (නානිය, බුරිය) へそ	
ඔබට මෙම ගැටළු කොපමණ කාලයක් තිබේ ද? それはいつからですか		
_____ වසරේ 年 _____ මස 月 _____ දින සිට 日 日から		
ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか		
<input type="checkbox"/> ඔව් はい → <input type="checkbox"/> ඖෂධ 薬 <input type="checkbox"/> ආහාර 食べ物 <input type="checkbox"/> වෙනත් その他 <input type="checkbox"/> නැත いいえ		
ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? 現在飲んでいる薬はありますか		
<input type="checkbox"/> ඔව් はい → ඔබ ප්‍රථම කිසිවක් තිබේ නම්, කරුණාකර පෙන්වන්න. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> නැත いいえ		
ඔබ ගැබ්ගෙන සිටී ද, නැතහොත් ගැබ්ගෙන සිටීමේ හැකියාවක් තිබේ ද? 妊娠していますか、またその可能性はありますか		
<input type="checkbox"/> ඔව් はい → _____ මාස 月 _____ <input type="checkbox"/> නැත いいえ		
ඔබ දැනට මව්කිරි ලබා දෙන්නේ ද? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ
ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> ආමාශය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝගය 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> අධි රුධිර පීඩනය 高血圧症 <input type="checkbox"/> වෙනත් その他	<input type="checkbox"/> අක්මා රෝගය 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> ක්ෂය රෝගය 結核 <input type="checkbox"/> ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී エイズ <input type="checkbox"/> තයි‍රොයිඩ් ගැටළු 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> හදවත් රෝගය 心臓の病気 <input type="checkbox"/> දියවැඩියාව 糖尿病 <input type="checkbox"/> තයි‍රොයිඩ් ගැටළු 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> ඇදුම ぜんそく <input type="checkbox"/> සිරිලිස් රෝගය 梅毒
ඔබ වර්තමානයේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ගනිමින් සිටී ද? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ
ඔබ කෙදිනක හෝ ආලෝකකර්මයක් කර තිබේ ද? 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ
ඔබ කෙදිනක හෝ රුධිර පාරවලයනය කර තිබේ ද? 輸血を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ
නිර්වින්දනය හේතුවෙන් ඔබට කෙදිනක හෝ ගැටළු ඇති වී තිබේ ද? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ
ඔබට මෙම රෝහල වෙත යොමු කිරීමේ ලිපියක් ඇත්නම්, පහත ප්‍රශ්න වලට පිළිතුරු සපයන්න. 紹介状のある方だけ書いてください		
පෙර ලබා ගත් X-ray එකක් තිබේ ද? レントゲンフィルムを持っていますか		<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ
පෙර ලබා ගත් එන්ඩොස්කොපියක් තිබේ ද? 内視鏡フィルムを持っていますか		<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ

ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තකයෙකු සුදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? こんご つかや^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

ඔව් はい

නැත いいえ

〈2/2ページ〉

විකලාංග ප්‍රශ්නාවලිය

せいけいげがもんしんひょう
整形外科問診票

සිංහල
シンハラ語

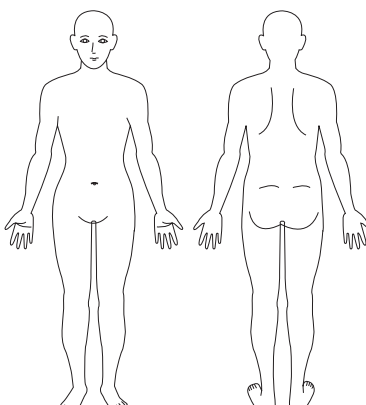
අදාළ වන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

වසර: 年

මාසය: 月

දිනය: 日

නම 名前			<input type="checkbox"/> පුරුෂ 男	<input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී 女
උපන්දිනය 生年月日	_____ වසර: 年	_____ මාසය: 月	_____ දිනය: 日	දුරකථනය 電話
ලිපිනය 住所				
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් はい		<input type="checkbox"/> නැත いいえ	
පුරවැසිභාවය 国籍	නාමාව 言葉			

ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか		 <p>පින්තූරය මත රවුම් කරන්න 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> උණ(°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> වේදනාව 痛み	
<input type="checkbox"/> තුවාල けが	<input type="checkbox"/> පිළිස්සීම やけど	
<input type="checkbox"/> ගැටිති しこり	<input type="checkbox"/> ඉදිමීම はれもの	
<input type="checkbox"/> කැසීම かい	<input type="checkbox"/> හිරිවැටීම しびれ	
<input type="checkbox"/> උලක්කුව හිඳිනවා	<input type="checkbox"/> බර අඩුවීම 体重が減っている	
<input type="checkbox"/> වෙනත් 其他		
ඔබට මෙම ගැටළු කොපමණ කාලයක් තිබේ ද? それはいつからですか		
_____ වසරේ 年 _____ මස 月 _____ දින සිට 日から		
ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか		
<input type="checkbox"/> ඔව් はい → <input type="checkbox"/> ඖෂධ 薬 <input type="checkbox"/> ආහාර 食べ物 <input type="checkbox"/> වෙනත් 其他		<input type="checkbox"/> නැත いいえ
ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? 現在飲んでいる薬はありますか		
<input type="checkbox"/> ඔව් はい → ඔබ ප්‍රභව කිසිවක් තිබේ නම්, කරුණාකර පෙන්වන්න. 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> නැත いいえ
ඔබ ගැබ්ගෙන සිටී ද, නැතහොත් ගැබ්ගෙන සිටීමේ හැකියාවක් තිබේ ද? 妊娠していますか、またその可能性はありますか		
<input type="checkbox"/> ඔව් はい → _____ මාස 月 _____ කේ 日		<input type="checkbox"/> නැත いいえ
ඔබ දැනට මව්කිරි ලබා දෙන්නේ ද? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ
ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> ආමාශය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> අක්මා රෝගය 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> හදවත් රෝගය 心臓の病気
<input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝගය 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> ක්ෂය රෝගය 結核	<input type="checkbox"/> දියවැඩියාව 糖尿病
<input type="checkbox"/> අධි රුධිර පීඩනය 高血圧症	<input type="checkbox"/> ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී エイズ	<input type="checkbox"/> තයිරොයිඩ් ගැටළු 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> වෙනත් 其他		<input type="checkbox"/> ඇදුම ぜんそく <input type="checkbox"/> සිරිලිස් රෝගය 梅毒
ඔබ වර්තමානයේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ගනිමින් සිටී ද? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ
ඔබ කෙදිනක හෝ ශල්‍යකර්මයක් කර තිබේ ද? 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ
ඔබ කෙදිනක හෝ රුධිර පාරවලයනය කර තිබේ ද? 輸血を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ
නිර්වින්දනය හේතුවෙන් ඔබට කෙදිනක හෝ ගැටළු ඇති වී තිබේ ද? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ
ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තනයක සුදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか		
<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ		

ස්නායු ශල්‍යකර්ම

のうしんけいげかもんしんひょう
脳神経外科問診票

සිංහල
シンハラ語

අදාළවන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණු යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

වසර: 年

මාසය: 月

දිනය: 日

නම 名前			<input type="checkbox"/> පුරුෂ 男	<input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී 女
උපන්දිනය 生年月日	_____ වසර: 年	_____ මාසය: 月	_____ දිනය: 日	දුරකථනය 電話
ලිපිනය 住所				
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් はい		<input type="checkbox"/> නැත いいえ	
පුරවැසිභාවය 国籍	නාමාව 言葉			

ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか

හිසරදය
頭が痛い

කරකැවිල්ල
めまい

ඔක්කාරය
吐き気

වමනය
嘔吐

කන් තුල හඳවීම
耳鳴り

උරනිසේ දැඩිබව
肩こり

හිරිවැටීම
しびれ

වෙවිලීම
手足のふるえ

සිතිසුන් බව
意識がなくなる

ශ්‍රවණ අපහසුතාව
聞こえにくい

වස්තූන් දැකීමේ අපහසුතාව
物が見えにくい

ඇවිදීමේ අපහසුතාව
歩きにくい

අත් පා වලනය කිරීමේ අපහසුතාව
手足の動きが悪い

වෙනත්
その他

ඔබට මෙම ගැටළු කොපමණ කාලයක් තිබේ ද? それはいつからですか

_____ වසර 年 _____ මස 月 _____ දින 日 日から

ඔබේ නිස කෙදිනක හෝ යමක වැදී තිබේ ද? 頭をぶつけましたか

ඔව්
はい → _____ වසර 年 _____ මස 月 _____ දින 日 日から

නැත
いいえ

එය ඔබේ නිසෙහි කුමන කොටස ද? どこをぶつけましたか

ඉදිරිපස
前頭部

පිටුපස
後頭部

දකුණු පැත්ත
右横

වම් පැත්ත
左横

එය රිය අනතුරකින් සිදුවූයේ ද? 交通事故ですか

ඔව්
はい

නැත
いいえ

හිසරදය ඇති අය පහත සඳහන් ප්‍රශ්නවලට පිළිතුරු සැපයීම අවශ්‍ය වේ.
頭が痛い方への質問です

වේදනාව ඇත්තේ ඔබේ නිසෙහි කුමන ප්‍රදේශයෙහි ද? どこが痛みますか

ඉදිරිපස
前頭部

පිටුපස
後頭部

දකුණු පැත්ත
右横

වම් පැත්ත
左横

සම්පූර්ණ නිසම
頭全体

කුමන වර්ගයේ වේදනාවක් ද? どのように痛みますか

ගැනෙන
ズキンズキン

නියුණු/ දැඩි
ガンガン

මීටියකින් පහර දෙනවා සේ
ガンと割れるように

පොරියන
キリキリ

කටුටුක් ඇනෙනවා සේ
チクチク

වෙනත්
その他

වේදනාව වඩාත් දරුණු වන්නේ කුමන වේලාවේ ද? いつが一番痛いですか

උදෑසන
朝

දහවල්
昼

සවස
夕方

මුළු දවසම
一日中

ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

ඔව්
はい → ඖෂධ
薬

ආහාර
食べ物

වෙනත්
その他

නැත
いいえ

ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? 現在飲んでいる薬はありますか

ඔව්
はい → ඔබ ප්‍රභව කිරීමේදී, කරුණාකර පෙන්වන්න. 持っていれば見せてください

නැත
いいえ

ඔබ ගැබ්ගෙන සිටී ද, නැතහොත් ගැබ්ගෙන සිටීමේ හැකියාවක් තිබේ ද? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

ඔව්
はい → _____ මාස
ヶ月

නැත
いいえ

ඔබ දැනට මව්කිරි ලබා දෙන්නේ ද? 授乳中ですか

ඔව්
はい

නැත
いいえ



1. ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? <small>いま びょうき</small> 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> ආමාශය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> අක්මා රෝගය <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> හදවත් රෝගය <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝගය <small>じんぞう びょうき</small> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> ක්ෂය රෝගය <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> දියවැඩියාව <small>とうようびょう</small> 糖尿病
<input type="checkbox"/> අධි රුධිර පීඩනය <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> නයිරෝයිඩ් ගැටළු <small>こうじょうせん びょうき</small> 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> වෙනත් <small>た</small> その他	<input type="checkbox"/> ඇදුම <small>ぜんそく</small> ぜんそく	<input type="checkbox"/> සිරිලිස් රෝගය <small>はいどく</small> 梅毒
2. ඔබ වර්තමානයේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ගනිමින් සිටී ද? <small>げんざい ちりやう びょうき</small> 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> <input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>
3. ඔබ මත්පැන් පානය කරන්නේ ද? <small>さけ の</small> お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> → දිනකට _____ ml ml/日	<input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>
4. ඔබ දුම් පානය කරන්නේ ද? <small>す</small> たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> → දිනකට දුම්වැටි _____ <small>ほん び</small> 本/日	<input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>
5. ඔබ කෙදිනක හෝ ශල්‍යකර්මයක් කර තිබේ ද? <small>しゆじゆつ う</small> 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> <input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>	<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> <input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>
6. නිර්වින්දනය හේතුවෙන් ඔබට කෙදිනක හෝ ගැටළු ඇති වී තිබේ ද? <small>ますい なに</small> 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> <input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>	<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> <input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>
7. ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තකයෙකු සුදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? <small>こんご つうやく じぶん</small> 今後、通訳を自分で連れてくることができますか		
<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> <input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>		

මනෝ වෛද්‍ය ප්‍රශ්නාවලිය

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票

සිංහල
シンハラ語

අදාළ වන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

වසර: 年

මාසය: 月

දිනය: 日

නම 名前			<input type="checkbox"/> පුරුෂ 男	<input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී 女
උපන්දිනය 生年月日	_____ වසර: 年	_____ මාසය: 月	_____ දිනය: 日	දුරකථනය 電話
ලිපිනය 住所				
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් はい		<input type="checkbox"/> නැත いいえ	
පුරවැසිභාවය 国籍	නාමාව 言葉			

ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか

දුර්වල නින්ද 眠れない වෙනදාට වඩා කනා කිරීම いつもよりよくしゃべる

කාංසාව හෝ සංක්‍රාස ප්‍රහාර 不安やパニック発作

අවට කිසිවෙකු නොමැති වුවද කටහඬ ඇසීම 周りに人がいないのに声が聞こえる

මානසික අවපීඩනය දැනීම うつ気分 අධෝරේඛයක් නැත 元気がない

යමෙකු තමා දෙස බලා සිටින්නා සේ හැඟීම 人にみられている気がする ඉතා සතුටක් දැනීම 元気が良すぎる

සිහිපුන් වීම 意識がなくなる දිවි තොර කරගැනීමට අවශ්‍ය වීම 死にたい

පහසුවෙන් උද්යෝගමත් වීම 興奮しやすい ප්‍රචණ්ඩත්වයට පෙළඹීම 暴力をふるう

වෙනත් その他

ඔබට මෙම ගැටළු කොපමණ කාලයක් තිබේ ද? それはいつからですか

_____ වසර 年 _____ මස 月 _____ දින 日 日

ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

ඔව් はい → ඖෂධ 薬 ආහාර 食べ物 වෙනත් その他 නැත いいえ

උපස්ථායකයාගේ නම 付添者の氏名

ඔබ සමඟ ඇති සම්බන්ධතාවය 本人との関係 පවුලේ අයෙක් 家族 මිතුරෙක් 友人 වෙනත් その他 → ()

අද දින අප වෙත පැමිණෙන ලෙස ඔබට යෝජනා කළේ කවුරුන් ද? 本日の受診はどなたの意志ですか

නමන්ම 本人 පවුලේ අයෙක් 家族 මිතුරෙක් 友人 පොලිසිය 警察 සභයෙක් / එක්ව රැකියාව කරන්නෙක් 勤務先の人

වෙනත් その他 → ()

අද මෙහි පැමිණීමේ අරමුණ කුමක් ද? 本日の受診の目的は何ですか

රෝග විනිශ්චය 診断 වෛද්‍ය සහතිකය ලබා ගැනීම 診断書

ප්‍රතිකාර 治療 රෝහල්ගත වීම 入院

වෙනත් වෛද්‍ය ආයතනයකට යොමුකරවා ගැනීමට 紹介 දෙවන මතයක් විමසීමට セカンドオピニオン

වෙනත් その他 → ()

ඔබ ගැබ්ගෙන සිටී ද, නැතහොත් ගැබ්ගෙන සිටීමේ හැකියාවක් තිබේ ද? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

ඔව් はい → _____ මාස 月 නැත いいえ

ඔබ දැනට මව්කිරි ලබා දෙන්නේ ද? 授乳中ですか ඔව් はい නැත いいえ

ඔබ වර්තමානයේ වෛද්‍ය ජර්නිකාර ගනිමින් සිටී ද? 現在治療中の病気はありますか

ඔව් はい → වෛද්‍ය ආයතනයේ නම 医療機関名 නැත いいえ

ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? 現在飲んでいる薬はありますか

ඔව් はい → ඔබ ප්‍රථම කිසිවක් තිබේ නම්, කරුණාකර පෙන්වන්න. 持っていれば見せてください නැත いいえ



ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? いま 今までにかかった病びょうき気はありますか

- ඩිමෙන්ශියාව にん ちしやう 認知症
- මනසික කැළඹීම き ぶんしやうかい 気分障害 → උන්මාදය そうびやう 躁病
- සංක්‍රාසය パニック
- පෞරුෂය පිළිබඳ ගැටළු パーソナリティー 障害
- මන්ද මානසිකත්වය せいしん ちたい 精神遅滞
- නින්තෝන්මාදය どうごうしやうしやう 統合失調症
- වෙනත් た 其他 → ()
- මන්පැන් හෝ මන්දව්‍ය මත යැපීම やくぶつ い ぞん アルコールや薬物依存
- මනසික අවපිඩනය (විෂාදය) そうらつびやう 躁鬱病
- මනසික අවපිඩනය (විෂාදය) うつびやう 鬱病
- නින්ද නොයාම ふ びんしやう 不眠症
- වර්ධන ආබාධ はつたつしやうかい 発達障害
- අපස්මාරය てんかん てんかん
- ADHD ちゆういけつかん じょ た どうせいしやうかい 注意欠陥(如)多動性障害

ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තනයක සුදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? 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

- ඔව් はい
- නැත いいえ

ප්‍රථම රෝග ප්‍රශ්නාවලිය

しょうに か せうしんひょう
小児科問診票

සිංහල
シンハラ語

අදාළ වන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

වසර: 年

මාසය: 月

දිනය: 日

දරුවාගේ නම 子どもの名前	<input type="checkbox"/> පුරුෂ 男 <input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී 女	
උපන්දිනය 生年月日	_____ වසර: 年 _____ මාසය: 月 _____ දිනය: 日	දුරකථනය 電話
ලිපිනය 住所		
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ	
පුරවැසිභාවය 国籍	භාෂාව 言葉	

ඔබේ (ඔබේ දරුවාගේ) රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか

<input type="checkbox"/> උණ(°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> උගුරේ වේදනාව のどが痛い	<input type="checkbox"/> කැස්ස せき	<input type="checkbox"/> මීමැස්මොරය ひきつけをおこす
<input type="checkbox"/> අධෝරේඛන ශක්තිය 元気がない	<input type="checkbox"/> පහසුවෙන් කේන්ති යෑම 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> ඉදිමුම මුදුම	<input type="checkbox"/> නිසරදය 頭が痛い
<input type="checkbox"/> උදේ වේදනාව お腹が痛い	<input type="checkbox"/> පපුවේ වේදනාව 胸が痛い	<input type="checkbox"/> කුෂ්ඨ 発しん	<input type="checkbox"/> උදේ (ආමාශයේ) වේදනාව 胃が痛い
<input type="checkbox"/> වමනය 嘔吐	<input type="checkbox"/> ආහාර අරුචිය 食欲がない	<input type="checkbox"/> මස්කාරය 吐き気	
<input type="checkbox"/> විශාල ලෙස බර වැඩිවීම 体重の増加不良	<input type="checkbox"/> පාචනය 下痢	<input type="checkbox"/> ලේ සහිත මලපහ 血便	
<input type="checkbox"/> වෙනත් その他			

ඔබට මෙම ගැටළු කොපමණ කාලයක් තිබේ ද? それはいつからですか _____ වසර 年 _____ මස 月 _____ දින 日 日

ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

ඔව් はい → ඖෂධ 薬 බිත්තර 卵 කිරි 牛乳 වෙනත් ආහාර その他の食べ物 වෙනත් その他 නැත いいえ

ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? 現在飲んでいる薬はありますか

ඔව් はい → ඔබ ප්‍රථම ඒ කිසිවක් තිබේ නම්, කරුණාකර පෙන්වන්න. 持っていれば見せてください නැත いいえ

ඔබට (මුහුට/ඇයට) පානය කළ හැකි ඖෂධ කවරේ ද? どんな種類の薬が飲めますか

දියර ඖෂධ シロップ වූර්ණ (කුඩු ඖෂධ) 粉薬 ටැබ්ලට් හෝ කැප්සියුල 錠剤またはカプセル

දරු ප්‍රසූතිය වූ ආකාරය 出産の時のようす

දරුවාගේ බර _____ g 赤ちゃんの体重 සාමාන්‍ය ප්‍රසූතියක් 正常分娩 අසාමාන්‍ය ප්‍රසූතියක් 異常分娩 සිසේරියන් සැත්කමක් 帝王切開

මවගේ වයස _____ 母親の年齢

ලබාගත් එන්නත්වල විස්තර 接種済み予防接種

Hib (හීමොෆිලස් ඉන්ෆ්ලුවෙන්සා b වර්ගය) ヒブ නියුමොකොකස් 肺炎球菌 පෝලියෝ ポリオ

DPT (ත්‍රිත්ව ඒකාබද්ධ එන්නත) 三種混合 DPT-IPV (ගලපටලය, උත්කාසය, ටෙටනස්, අක්‍රිය කල පෝලියෝ වයිරස එන්නත) 四種混合 BCG BCG

සරම්ප-රුබෙල්ලා එන්නත (MR) 麻疹・風しん混合 පැපොල 水ぼうそう කම්මුල්ගාය おたふく風邪

පැපෙනස් එන්නත 日本脳炎 රොටා වෛරසය 回転ウイルス වෙනත් その他

ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? 今までにかかった病気はありますか

රුබෙල්ලා 風しん පැපොල 水ぼうそう සරම්ප 麻疹 ඇදුම ぜんそく

කම්මුල්ගාය 水ぼうそう කක්කල් කැස්ස 百日ぜき ඇපෙන්ඩිසයිටිස් 虫垂炎 MCLS (කවසාකි රෝගය) 川崎病

පැපෙනස් ඇතිවන පල දැමීම 突発性発しん පැපෙනස් එන්නත 日本脳炎

වලිප්පුව 熱性けいれん වෙනත් その他

ඔබ වර්තමානයේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ගනිමින් සිටී ද? 現在治療している病気はありますか ඔව් はい නැත いいえ

ඔබ කෙදිනක හෝ ගලපර්මයක් කර තිබේ ද? 手術を受けたことがありますか ඔව් はい නැත いいえ

නිර්වින්දනය හේතුවෙන් ඔබට කෙදිනක හෝ ගැටළු ඇති වී තිබේ ද? 麻酔をして何かトラブルがありましたか ඔව් はい නැත いいえ

ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තනයක සුදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか ඔව් はい නැත いいえ

වර්ම රෝග ප්‍රශ්නාවලිය

ひふかもくしんりょう
皮膚科問診票

සිංහල
シンハラ語

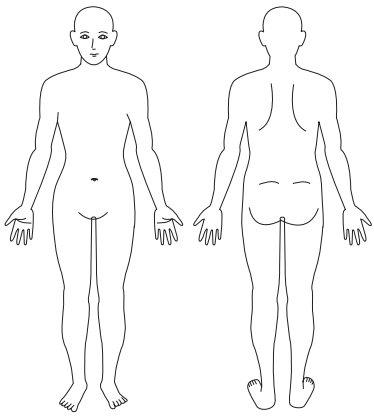
අදාළවන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

වසර: 年

මාසය: 月

දිනය: 日

නම 名前			<input type="checkbox"/> පුරුෂ 男	<input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී 女
උපන්දිනය 生年月日	_____ වසර: 年	_____ මාසය: 月	_____ දිනය: 日	<input type="checkbox"/> දුරකථනය 電話
ලිපිනය 住所				
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් はい		<input type="checkbox"/> නැත いいえ	
පුරවැසිභාවය 国籍	නාමාව 言葉			

<p>ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> උණ(°C) 熱がある <input type="checkbox"/> වේදනාව 痛い <input type="checkbox"/> කැසීම かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> පිළිස්සීම් やけど <input type="checkbox"/> කුෂ්ඨ 発しん <input type="checkbox"/> දද 湿疹</p> <p><input type="checkbox"/> තැලීම あざ <input type="checkbox"/> උපත්ලප හොර <input type="checkbox"/> ලප しみ</p> <p><input type="checkbox"/> දිය මැටියො කෑම 水虫 <input type="checkbox"/> විභවනය じくじくしている <input type="checkbox"/> වෙනත් その他</p>	 <p>පිත්තූරය මත රවුම් කරන්න 症状のあるところに丸をしてください</p>
<p>ඔබට මෙම ගැටළු කොපමණ කාලයක් තිබේ ද? それはいつからですか</p> <p>_____ වසරේ 年 _____ මස 月 _____ දින සිට 日から</p> <p>රෝග ලක්ෂණ වෙනස් වී තිබේ ද? その症状は変化していますか</p> <p><input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ</p>	
<p>ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><input type="checkbox"/> ඔව් はい → <input type="checkbox"/> ඖෂධ 薬 <input type="checkbox"/> ආහාර 食べ物 <input type="checkbox"/> වෙනත් その他 <input type="checkbox"/> නැත いいえ</p>	
<p>ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ඔව් はい → ඔබ ප්‍රභව කිසිවක් තිබේ නම්, කරුණාකර පෙන්වන්න. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> නැත いいえ</p>	
<p>ඔබ ගැබ්ගෙන සිටී ද, නැතහොත් ගැබ්ගෙන සිටීමේ හැකියාවක් තිබේ ද? 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"/> ඔව් はい → _____ මාස ヶ月 <input type="checkbox"/> නැත いいえ</p>	
<p>ඔබ දැනට මව්කිරි ලබා දෙන්නේ ද? 授乳中ですか</p> <p><input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ</p>	
<p>ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ආමාශය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> අක්මා රෝගය 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> හදවත් රෝගය 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝගය 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> ක්ෂය රෝගය 結核 <input type="checkbox"/> දියවැඩියාව 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> අධි රුධිර පීඩනය 高血圧症 <input type="checkbox"/> ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී エイズ <input type="checkbox"/> හයිපොතයිඩ් ගැටළු 甲状腺の病気</p> <p><input type="checkbox"/> වෙනත් その他 <input type="checkbox"/> ඇදුම ぜんそく <input type="checkbox"/> සිරිලිස් රෝගය 梅毒</p>	
<p>ඔබ වර්තමානයේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ගනිමින් සිටී ද? 現在治療している病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ</p>	
<p>ඔබ කෙදිනක හෝ ශල්‍යකර්මයක් කර තිබේ ද? 手術を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ</p>	
<p>නිර්වින්දනය හේතුවෙන් ඔබට කෙදිනක හෝ ගැටළු ඇති වී තිබේ ද? 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p> <p><input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ</p>	
<p>ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තනයක යෙදූ සුදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? 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"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ</p>	



ප්‍රසව හා නාර්වේද ප්‍රශ්නාවලිය

産婦人科問診票

සිංහල
シンハラ語

අදාළවන පිළිතුරු සියල්ලටම සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

වසර: ねん 年

මාසය: がつ 月

දිනය: にち 日

නම <small>なまえ</small> 名前			<input type="checkbox"/> පුරුෂ <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී <small>おんな</small> 女
උපන්දිනය <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	වසර: <small>ねん</small> 年	මාසය: <small>がつ</small> 月	දුරකථනය <small>でんわ</small> 電話	දිනය: <small>にち</small> 日
ලිපිනය <small>じゅうしょ</small> 住所				
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? <small>けんこうほけんも</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>	
පුරවැසිභාවය <small>こくせき</small> 国籍	භාෂාව <small>ことば</small> 言葉			
උස <small>しんちよう</small> 身長	cm	බර <small>たいりゆう</small> 体重	kg	

ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか

<input type="checkbox"/> ගැබ් ගැනීම <small>にんしん</small> 妊娠	<input type="checkbox"/> අවධිමත් ලෙස ඔසප් වීම <small>げっけい</small> 月経の異常	<input type="checkbox"/> යෝනි විසර්ජය <small>おりもの</small> おりもの	<input type="checkbox"/> පහළ උදරයේ වේදනාව <small>かぶくぶ</small> 下腹部が痛い
<input type="checkbox"/> ලිංගික ඉන්ද්‍රියේ අක්‍රමවත් රුධිර වහනය <small>ふせいせいしきしゅっけつ</small> 不正性器出血	<input type="checkbox"/> පොලීප් ගැටිති <small>ポリープ</small> ポリープ	<input type="checkbox"/> වියුමර් ගෙඩි <small>らんそう</small> 卵巣のう腫瘍	
<input type="checkbox"/> යෝනි මාර්ගයේ කැසීම <small>せいき</small> 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> ගර්භාෂයේ ගෙට්ටොයිඩ් <small>しきゅうせんしゅ</small> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> රක්තනිතභාවය <small>ひんけつ</small> 貧血	<input type="checkbox"/> වෙනත් <small>その他</small> その他
<input type="checkbox"/> Pap පිළිකා පරීක්ෂණ <small>がん検診</small> がん検診	<input type="checkbox"/> වඳභාවය <small>ふにんしん</small> 不妊症		

ඔසප් ඉතිහාසය せいり
生理について

ඔබ ප්‍රථමවරට ඔසප් වූයේ කෙදින ද? はじめて生理があったのはいつですか

වයස අවුරුදු さい 才

ඔබේ ආර්ථවචනණය සිදුවූයේ කෙදින ද? 閉経はいつですか

වයස අවුරුදු さい 才

ඔබේ ඔසප් වීම ක්‍රමවත් ද? せいり
生理は順調ですか

ඔව් はい

නැත いいえ

අතර පරතරය しゅうき
周期について

දින 28 にちがた
28日型

දින 30 にちがた
30日型

දින にちがた
日型

අක්‍රමවත් ふじゆん
不順

ආවර්තය පවතින කාලය せいり
生理の期間について

දින にちがた
日間

ඔසප් වන ප්‍රමාණය せいり
生理の量について

විශාලයි おお
多い

සාමාන්‍යයි ふつう
普通

සුළුයි すく
少ない

ඔබේ ඔසප් කාලය තුළ දී ඔබට යමක්සි වේදනාවක් දැනේ ද? せいり
生理痛はありますか

ඔව් はい

නැත いいえ

ඔබ අවසාන වතාවට ඔසප් වූ දිනය. さいしゅうげっけい
最終月経は

か 月 にち 日

ඔබ කවදා හෝ ලිංගික සංසර්ගයේ යෙදී තිබේද? せいこうけいけん
性交経験はありますか

ඔව් はい

නැත いいえ

ගර්භනී ඉතිහාසය にんしん
妊娠回数

かい 回 にんしん
回 か 回

かい 回 にんしん
回 せいじょうふんべん
正常分娩

かい 回 にんしん
回 いじょうふんべん
異常分娩

ගබඩා වීම りゅうざん
流産 かい 回 ස්වාභාවිකව ගබඩා වීම しぜんりゅうざん
自然流産 かい 回 ගබඩා කිරීම じんこうりゅうざん
人工流産 かい 回

වෙනත් その他
その他 ගර්භාෂයෙන් පිටත ගැබ් ගැනීමක් しきゅうがいにんしん
子宮外妊娠 අසාමාන්‍ය කළලයක් ほうじょうきたい
胎状奇胎

ඔබට මෙම රෝහලේදී ඔබේ දරුවා ප්‍රසූත කිරීමට අවශ්‍ය ද? にんしん
妊娠の方は当院での出産を希望しますか

ඔව් はい

නැත いいえ

ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? くすり
薬や食べ物でアレルギーが出ますか

ඔව් はい → ඖෂධ くすり
薬 ආහාර た
食べ物 වෙනත් た
その他 නැත いいえ

ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? げんざいの
現在飲んでいる薬はありますか

ඔව් はい → ඔබ ප්‍රථම කිසිවක් තිබේ නම්, කැරුණකර පෙන්වන්න. も
持っていれば見せてください නැත いいえ

ඔබ කෙදිනක හෝ Pap පිළිකා පරීක්ෂණයක් කර තිබේ ද? がん
がん検診を受けたことがありますか

ඔව් はい → ねん 年 か 月 にち 日 නැත いいえ

ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? いま 今までにかかった病びょうき気はありますか

ආමාශය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ いちょう 胃腸の病びょうき気 අක්මා රෝගය かんぞう 肝臓の病びょうき気 හදවත් රෝගය しんぞう 心臓の病びょうき気
 වකුගඩු රෝගය じんぞう 腎臓の病びょうき気 ක්ෂය රෝගය けっかく 結核 දියවැඩියාව とうようびょう 糖尿病 ඇදුම ぜんそく ぜんそく
 අධි රුධිර පීඩනය こうけつあつしやう 高血圧症 ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී エイズ エイズ නයිරෝයිඩ් ගැටළු こうじょうせん 甲状腺の病びょうき気 සිරිලිස් රෝගය はいどく 梅毒
 වෙනත් た その他

ඔබ කෙදිනක හෝ ශල්‍යකර්මයක් කර තිබේ ද? しゆじゆつ 手術を受けたことがありますか Yes はい No いいえ

ඔබ කෙදිනක හෝ රුධිර භාරවලනය කර තිබේ ද? ゆけつ 輸血を受けたことがありますか Yes はい No いいえ

පවුලේ වෛද්‍ය ඉතිහාසය: පවුලේ අයගේ වයස සහ ඔවුන්ට තිබූ රෝගාබාධවලට (✓) සලකුණු යොදන්න. かぞく 家族の病びょうき歴

	වයස <small>ねんれい</small> 年齢	සෞඛ්‍ය සම්පන්නයි <small>けんこう</small> 健康	සෞඛ්‍ය සම්පන්න නොවේ <small>けんこう</small> 健康ではない	ප්‍රවේණි (පරම්පරාගත) රෝග <small>いでんびょう</small> 遺伝病	අධි රුධිර පීඩනය <small>こうけつあつ</small> 高血圧	දියවැඩියාව <small>とうようびょう</small> 糖尿病	පිළිකා <small>がん</small> がん
පියා <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
මව <small>はは</small> 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
සහෝදරයන් <small>きょうだい</small> 兄弟	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
සහෝදරියන් <small>しまい</small> 姉妹	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ස්වාමිපුරුෂයා <small>おと</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
දරුවන් <small>こども</small> 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තකයෙකු සූදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? こんご 今後、通訳を自分じぶん で連れてくることができますか

ඔව් はい නැත いいえ

අක්ෂි වෛද්‍ය ප්‍රශ්නාවලිය

がん か もんしんひょう
眼科問診票

සිංහල
シンハラ語

අදාළවන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

වසර: 年

මාසය: 月

දිනය: 日

නම 名前		<input type="checkbox"/> පුරුෂ 男	<input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී 女
උපන්දිනය 生年月日	_____ වසර: 年 _____ මාසය: 月 _____ දිනය: 日	දුරකථනය 電話	
ලිපිනය 住所			
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් はい	<input type="checkbox"/> නැත いいえ	
පුරවැසිභාවය 国籍	නාමාව 言葉		

ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか

<input type="checkbox"/> දකුණ 右眼	<input type="checkbox"/> වම් 左眼	<input type="checkbox"/> දෙකම 両眼	<input type="checkbox"/> කඳුළු ගැලීම 涙が出る
<input type="checkbox"/> වේදනාව 痛い	<input type="checkbox"/> කබ රිට්ටීම 目やに	<input type="checkbox"/> ඉදිමීම はれもの	<input type="checkbox"/> කැසීම かゆい
<input type="checkbox"/> ඇස් යමක් සිරවී තිබීම ゴロゴロする		<input type="checkbox"/> අපැහැදිලි පෙනීම 見えにくい	
<input type="checkbox"/> ද්විත්ව දෘෂ්ටිය 物が二重に見える		<input type="checkbox"/> ආලෝකයට අධිසංවේදීතාව まぶしい	<input type="checkbox"/> වෙනත් その他

ඔබට මෙම ගැටළු කොපමණ කාලයක් තිබේ ද? それはいつからですか

_____ වසර 年 _____ මස 月 _____ දින 日 日

ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

ඔව් はい → ඖෂධ 薬 ආහාර 食べ物 වෙනත් その他 නැත いいえ

ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? 現在飲んでいる薬はありますか

ඔව් はい → ඔබ ප්‍රභව කිසිවක් තිබේ නම්, කරුණාකර පෙන්වන්න. 持っていれば見せてください නැත いいえ

ඔබ ගැබ්ගෙන සිටී ද, නැතහොත් ගැබ්ගෙන සිටීමේ හැකියාවක් තිබේ ද? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

ඔව් はい → _____ මාස 月 _____ ක් නැත いいえ

ඔබ දැනට මව්කිරි ලබා දෙන්නේ ද? 授乳中ですか ඔව් はい නැත いいえ

නිර්වින්දනය හේතුවෙන් ඔබට කෙදිනක හෝ ගැටළු ඇතිවී තිබේ ද? 麻酔をして何かトラブルがありましたか ඔව් はい නැත いいえ

ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> ආමාසය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> අක්මා රෝගය 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> හදවත් රෝගය 心臓の病気
<input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝගය 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> ක්ෂය රෝගය 結核	<input type="checkbox"/> දියවැඩියාව 糖尿病
<input type="checkbox"/> අධි රුධිර පීඩනය 高血圧症	<input type="checkbox"/> ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී エイズ	<input type="checkbox"/> නයිරෝයිඩ් ගැටළු 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> වෙනත් その他		<input type="checkbox"/> ඇදුම ぜんそく <input type="checkbox"/> සිරිලිස් රෝගය 梅毒

ඔබ වර්තමානයේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ගනිමින් සිටී ද? 現在治療している病気はありますか ඔව් はい නැත いいえ

ඔබේ පවුලේ කිසිවෙකුට අක්ෂි රෝග තිබේ ද? 家族で目の病気の人はいませんか

ඔව් いる → කවුරුන් ද? 誰が _____ කුමන ආකාරයේ ද? それはどんな病気ですか _____ නැත いない

ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තනයක සුදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか ඔව් はい නැත いいえ

උගුර කන් ආශ්‍රිත රෝග ප්‍රශ්නාවලිය

耳鼻咽喉科問診票

සිංහල
シンハラ語

අදාළවන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

වසර: 年

මාසය: 月

දිනය: 日

නම 名前			<input type="checkbox"/> පුරුෂ 男	<input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී 女
උපන්දිනය 生年月日	_____ වසර: 年	_____ මාසය: 月	_____ දිනය: 日	දුරකථනය 電話
ලිපිනය 住所				
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් はい		<input type="checkbox"/> නැත いいえ	
පුරවැසිභාවය 国籍	නාමාව 言葉			

ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか

උණ (°C) 熱がある නිස බර සේ දැනීම. 頭が重い

නිසරදය 頭が痛い

කන් ගැටළු 耳の症状

දකුණ 右 වම 左 දෙකම 両方 කන් කැක්කීම 耳が痛い

කනෙන් නරල ගැලීම 耳だれ කන් තුල නාදවීම 耳なり කන් කලාඳුරු 耳あか කරකැවිල්ල めまい

ශ්‍රවණ අපහසුතාව 聞こえが悪い කන් අගුලු වැටීම 耳がふさがった感じ

නාසයේ ගැටළු 鼻の症状

නාසය අවහිර වීම 鼻がつまる නාසයෙන් සොටු ගැලීම 鼻がでる කිවිසුම් <しゃみ> ලේ ගැලීම 鼻血

නින්දෙන් ගෙවීම ぐっすり寝られない සුවඳ නොදැනීම においがわからない

උගුරේ ගැටළු のどの症状

දිවේ වේදනාව 舌が痛い උගුරේ වේදනාව のどが痛い කැස්ස せき සෙම たん

උගුරේ යමක් සිරවී ඇති සේ දැනීම のどに何かある感じ ගොරෝසු බව 声がかれる

ගිලීමේ අපහසුතාව 飲み込みにくい ඉදිමුණු මුහුණ/ ගෙල 顔・頸部(くび)の腫れ

වෙනත් その他

ඔබට මෙම ගැටළු කොපමණ කාලයක් තිබේ ද? それはいつからですか _____ වසර 年 _____ මස 月 _____ දින 日 日

ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

ඔව් はい → ඖෂධ 薬 ආහාර 食べ物 වෙනත් その他 නැත いいえ

ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? 現在飲んでいる薬はありますか

ඔව් はい → ඔබ ප්‍රභව කිසිවක් තිබේ නම්, කරුණාකර පෙන්වන්න. 持っていれば見せてください නැත いいえ

ඔබ ගැබ්ගෙන සිටී ද, නැතහොත් ගැබ්ගෙන සිටීමේ හැකියාවක් තිබේ ද? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

ඔව් はい → _____ මාස 月 නැත いいえ

ඔබ දැනට මව්කිරි ලබා දෙන්නේ ද? 授乳中ですか ඔව් はい නැත いいえ

ඔබ මත්පැන් පානය කරන්නේ ද? お酒を飲みますか ඔව් はい → දිනකට _____ ml ml/日 නැත いいえ

ඔබ දුම් පානය කරන්නේ ද? たばこを吸いますか ඔව් はい → දිනකට දුම්වැටි _____ 本/日 නැත いいえ

ඔබ කෙදිනක හෝ ශල්‍යකර්මයක් කර තිබේ ද? 手術を受けたことがありますか ඔව් はい නැත いいえ

ඔබ කෙදිනක හෝ රුධිර පාරවලයනය කර තිබේ ද? 輸血を受けたことがありますか ඔව් はい නැත いいえ

නිර්වින්දනය හේතුවෙන් ඔබට කෙදිනක හෝ ගැටළු ඇති වී තිබේ ද? 麻酔をして何かトラブルがありましたか ඔව් はい නැත いいえ

ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තනයක සුදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

ඔව් はい නැත いいえ

දන්ත වෛද්‍ය ප්‍රශ්නාවලිය

歯科問診票

සිංහල
シンハラ語

අදාළවන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න

වසර: ^{ねん}年

මාසය: ^{がつ}月

දිනය: ^{にち}日

නම ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> පුරුෂ ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී ^{おんな} 女
උපන්දිනය ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ වසර: ^{ねん} 年	_____ මාසය: ^{がつ} 月	_____ දිනය: ^{にち} 日	දුරකථනය ^{でんわ} 電話
ලිපිනය ^{じゅうしょ} 住所				
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් ^{はい} はい	<input type="checkbox"/> නැත ^{いいえ} いいえ		
පුරවැසිභාවය ^{こくせき} 国籍	නාමය ^{ことば} 言葉			

ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? ^{どうしましたか} どうしましたか

<input type="checkbox"/> දත් කැක්කුම ^は 歯が痛い	<input type="checkbox"/> දන්ත පිරවු කොටස ගැලවුණු ^{もの} つめ物がとれた	<input type="checkbox"/> විදුරුමසේ වේදනාව ^は 歯ぐきが痛い
<input type="checkbox"/> කුකුර 虫歯を治してほしい	<input type="checkbox"/> නව කෘත්‍රීම දන් ^{入れ歯} 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> නානි වූ කෘත්‍රීම දන් ^{入れ歯} 入れ歯がこわれた
<input type="checkbox"/> දන් අපිළිවෙලට නිබීම ^は 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> දන් පරීක්ෂාව ^{けんしん} 検診	<input type="checkbox"/> දන් පිරිසිදු කිරීම ^{しせき} 歯石・歯こうを取りたい
<input type="checkbox"/> මුඛයේ දුර්ගන්ධය ^{くさ} 口臭	<input type="checkbox"/> වෙනත් ^た その他	

ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? ^{くすり}薬や^た食べ物でアレルギーが^で出ますか

ඔව් ^{はい}はい → ඖෂධ ^{くすり}薬 ආහාර ^た食べ物 වෙනත් ^たその他 නැත ^{いいえ}いいえ

ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? ^{げんざいの}現在^{くすり}飲んでいる薬はありますか

ඔව් ^{はい}はい → ඔබ ප්‍රථම ^は最初に ^{くすり}薬 ^を ^み見せてください නැත ^{いいえ}いいえ

නිර්වින්දනය හේතුවෙන් ඔබට කෙදිනක හෝ ගැටළු ඇති වී තිබේ ද? ^{ますい}麻酔をして何か^なトラブルがありましたか ඔව් ^{はい}はい නැත ^{いいえ}いいえ

ඔබ කෙදිනක හෝ දත් ගලවා තිබේ ද? ^は歯を抜いたことがありますか ඔව් ^{はい}はい නැත ^{いいえ}いいえ

ඔබ ගැබ්ගෙන සිටී ද, නැතහොත් ගැබ්ගෙන සිටීමේ හැකියාවක් තිබේ ද? ^{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 ^{かのうせい}

ඔව් ^{はい}はい → _____ මාස ^{かげつ}ヶ月 නැත ^{いいえ}いいえ

ඔබ දැනට මව්කිරි ලබා දෙන්නේ ද? ^{じゆにゅうちゆう}授乳中ですか ඔව් ^{はい}はい නැත ^{いいえ}いいえ

ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? ^{いま}今までにかかった^{びょうき}病気はありますか

<input type="checkbox"/> ආමාශය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ ^{いちょう} 胃腸の ^{びょうき} 病気	<input type="checkbox"/> අක්මා රෝගය ^{かんぞう} 肝臓の ^{びょうき} 病気	<input type="checkbox"/> හදවත් රෝගය ^{しんぞう} 心臓の ^{びょうき} 病気
<input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝගය ^{しんぞう} 腎臓の ^{びょうき} 病気	<input type="checkbox"/> ක්ෂය රෝගය ^{けっかく} 結核	<input type="checkbox"/> දියවැඩියාව ^{とうようびょう} 糖尿病
<input type="checkbox"/> අධි රුධිර පීඩනය ^{こうけつあつしやう} 高血圧症	<input type="checkbox"/> ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී ^{エイズ} エイズ	<input type="checkbox"/> නයිරෝයිඩ් ගැටළු ^{こうじょうせん} 甲状腺の ^{びょうき} 病気
<input type="checkbox"/> වෙනත් ^た その他	<input type="checkbox"/> ඇදුම ^{ぜんそく} ぜんそく	
	<input type="checkbox"/> සිරිලිස් රෝගය ^{はいどく} 梅毒	

ඔබ වර්තමානයේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ගනිමින් සිටී ද? ^{げんざい}現在^{ちりやう}治療している^{びょうき}病気はありますか ඔව් ^{はい}はい නැත ^{いいえ}いいえ

ප්‍රතිකාර සඳහා ඔබේ මනාපයන් ^{ちりやう}治療^{たい}に対する^{きぼう}希望

දන්ත ගැටලු සියල්ල විසඳා ගැනීමට අවශ්‍යයි. ^{わる}悪いところは^{すべ}全て^{なお}治したい

වේදනාකාරී දන්තවලට පමණක් ප්‍රතිකාර කර ගැනීමට කැමතියි. ^{いま}今^{いた}痛い^は歯^{なお}だけを治したい

සමපූර්ණ මුදල ගෙවීමට සූදානම්. ^じ自費^{しんりやう}診療でもかまわない

මගේ සෞඛ්‍ය රක්ෂණ ආවරණය තුළ ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමට අවශ්‍යයි. ^{ほけん}保険の^{はんい}範囲^{ない}内で^{なお}治したい

වෛද්‍යවරයා සමඟ සාකච්ඡා කිරීමෙන් පසු ප්‍රතිකාර තීරණය කිරීමට අවශ්‍යයි. ^{そうだん}相談して^き決めたい

ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තනයක සූදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? ^{こんご}今後、^{つうやく}通訳を^{じぶん}自分で^つ連れてくる^{こと}ができますか ඔව් ^{はい}はい නැත ^{いいえ}いいえ