

# අත්ඡි වෛද්‍ය ප්‍රශ්නාවලිය

がん か もんしんりょう  
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		භාෂාව 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 30විට 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 其他

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 其他  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

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 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  ඔව් はい  නැත いいえ

ඔබේ පවුලේ කිසිවෙකුට අක්ෂි රෝග තිබේ ද? 家族で目の病気の人かいますか

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 පරිවර්තකයෙකු 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