

ආලෝකකර්ම ප්‍රශ්නාවලිය

げ か もん しん ひょう
外科問診票

සිංහල
シンハラ語

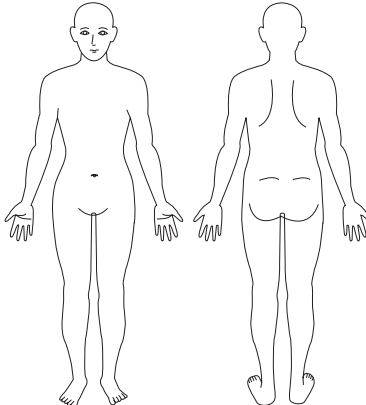
අදාළ වන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

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>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"/> පිපීසීම් やけど <input type="checkbox"/> උලක්කුව හිටින්න <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 හිරිහිරි <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"/> පිපීසීම් 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"/> පියයුරු 乳房 <input type="checkbox"/> අන්ත්‍රය 腸	
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 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 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 _____ <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"/> 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 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

〈2/2ページ〉