

ආලෝකකර්ම ප්‍රශ්නාවලිය

げ か もん しん ひ ゃう
外科問診票

සිංහල
シンハラ語

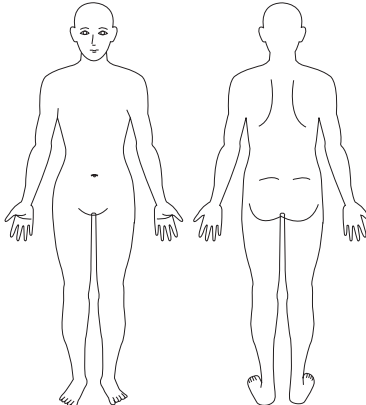
අදාළ වන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

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>පිත්තුරු 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 හිටින්න <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"/> පියයුරු 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^く じぶん^ら 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〉