

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

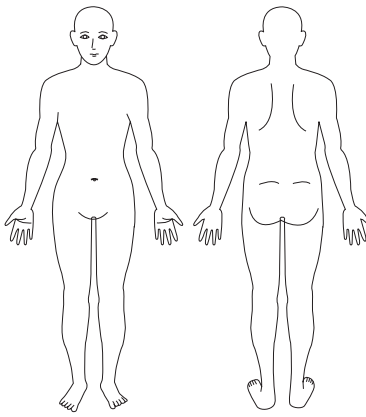
අදාළවන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

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	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"/> උණ(°C) 熱がある <input type="checkbox"/> වේදනාව 痛い <input type="checkbox"/> කැසීම かゆい <input type="checkbox"/> පිළිස්සීම් やけど <input type="checkbox"/> කුෂ්ඨ 発しん <input type="checkbox"/> දද 湿疹 <input type="checkbox"/> තැලීම あざ <input type="checkbox"/> උපත්ලප හොර <input type="checkbox"/> ලප しみ <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>පිත්තූරය මත රවුම් කරන්න 症状のあるところに丸をしてください</p>
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	
රෝග ලක්ෂණ වෙනස් වී තිබේ ද? その症状は変化していますか <input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ	
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 ヶ月 <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"/> 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"/> ඇදුම ぜんそく <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 <input type="checkbox"/> සිරිලිස් රෝගය 梅毒 <input type="checkbox"/> 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 <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	
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 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 <input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ	