

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	නාභාව 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 පාරවලනය 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 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

ඔව් はい නැත いいえ