

අභ්‍යන්තර ප්‍රතිකාර සඳහා වන ප්‍රශ්නාවලිය

ない か もんしんりょう
内科問診票

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		නාභාව 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"/> උගුරේ වේදනාව のどが痛い	<input type="checkbox"/> කැස්ස せき	<input type="checkbox"/> හිසරදය 頭が痛い
<input type="checkbox"/> පපුවේ වේදනාව 胸が痛い	<input type="checkbox"/> කුෂ්ඨ 発しん	<input type="checkbox"/> හෘද ස්පන්දනය 動悸	<input type="checkbox"/> හුස්ම ගැනීමට අපහසු වීම 息切れ
<input type="checkbox"/> ඉදිමීම むくみ	<input type="checkbox"/> කරකැවිල්ල めまい	<input type="checkbox"/> පපුවේ නද ගතිය 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> උදර වේදනාව お腹が痛い
<input type="checkbox"/> උදරයේ (ආමාශයේ) වේදනාව 胃が痛い	<input type="checkbox"/> අධික පිරිසිදු බව 体が減っている	<input type="checkbox"/> අධි රුධිර පීඩනය 高血圧	<input type="checkbox"/> හිරිවැටීම しぶれ
<input type="checkbox"/> අධික පිරිසිදු බව 口が渇く	<input type="checkbox"/> බර අඩුවීම 体重が減っている	<input type="checkbox"/> උදරය ඉදිමුණු බවක් දැනීම お腹が張る	
<input type="checkbox"/> ආහාර අරුචිය 食欲がない	<input type="checkbox"/> වමනය 嘔吐	<input type="checkbox"/> ඔක්කාරය 吐き気	<input type="checkbox"/> පාවනය 下痢
<input type="checkbox"/> ලේ සහිත මලපහ 血便	<input type="checkbox"/> ශරීර දුර්වලතාව だるい	<input type="checkbox"/> අධික තෙහෙට්ටුව 疲れやすい	<input type="checkbox"/> වෙනත් その他

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

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 _____ ක් නැත いいえ

ඔබ දැනට මව්කිරි ලබා දෙන්නේ ද? 授乳中ですか

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"/> 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"/> 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 その他		<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

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 පාරවලයනය කර තිබේ ද? 輸血を受けたことがありますか

ඔව් はい නැත いいえ

ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තනයක 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