

ස්නායු ශල්‍යකර්ම

のうしんけいげかもんしんひょう
脳神経外科問診票

සිංහල
シンハラ語

අදාළවන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණු 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

හිසරදය 頭が痛い
 කරකැවිල්ල めまい
 ඔක්කාරය 吐き気
 වමනය 嘔吐
 කන් තුළ හඳවීම 耳鳴り
 උරනිසේ දැඩිබව 肩こり
 හිරිවැටීම しびれ
 වෙවිලීම 手足のふるえ
 සිතිසුන් බව 意識がなくなる
 ශ්‍රවණ අපහසුතාව 聞こえにくい
 වස්තූන් දැකීමේ අපහසුතාව 物が見えにくい
 ඇවිදීමේ අපහසුතාව 歩きにくい
 අත් පා වලනය කිරීමේ අපහසුතාව 手足の動きが悪い
 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 日から

ඔබේ නිස කෙදිනක හෝ යමක වැදී තිබේ ද? 頭をぶつけましたか

ඔව් はい → _____ වසර 年 _____ මස 月 _____ දින 日 日から නැත いいえ

එය ඔබේ නිසෙහි කුමන කොටස ද? どこをぶつけましたか

ඉදිරිපස 前頭部
 පිටුපස 後頭部
 දකුණු පැත්ත 右横
 වම් පැත්ත 左横

එය රිය අනතුරකින් සිදුවූයේ ද? 交通事故ですか

ඔව් はい නැත いいえ

හිසරදය ඇති අය පහත සඳහන් ප්‍රශ්නවලට පිළිතුරු සැපයීම අවශ්‍ය වේ. 頭が痛い方への質問です

වේදනාව ඇත්තේ ඔබේ නිසෙහි කුමන ප්‍රදේශයෙහි ද? どこが痛みますか

ඉදිරිපස 前頭部
 පිටුපස 後頭部
 දකුණු පැත්ත 右横
 වම් පැත්ත 左横
 සම්පූර්ණ නිසම 頭全体

කුමන වර්ගයේ වේදනාවක් ද? どのように痛みますか

ගැනෙන スキンズキン
 නියුණු/ දැඩි ガンガン
 මීටියකින් පහර දෙන්නා සේ ガーンと割れるように
 පොරියන キリキリ
 කටුවක් ඇනෙනවා සේ チクチク
 වෙනත් その他

වේදනාව වඩාත් දරුණු වන්නේ කුමන වේලාවේ ද? いつが一番痛いですか

උදෑසන 朝
 දහවල් 昼
 සවස 夕方
 මුළු දවසම 一日中

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 කිරීමේදී, 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



ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? <small>いま</small> 今までにかかった病気はありますか <small>びょうき</small> 病気はありますか		
<input type="checkbox"/> ආමාශය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ <small>いちょう</small> 胃腸の病気 <small>びょうき</small> 病気	<input type="checkbox"/> අක්මා රෝගය <small>かんぞう</small> 肝臓の病気 <small>びょうき</small> 病気	<input type="checkbox"/> හදවත් රෝගය <small>しんぞう</small> 心臓の病気 <small>びょうき</small> 病気
<input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝගය <small>しんぞう</small> 腎臓の病気 <small>びょうき</small> 病気	<input type="checkbox"/> ක්ෂය රෝගය <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> දියවැඩියාව <small>とうようびょう</small> 糖尿病
<input type="checkbox"/> අධි රුධිර පීඩනය <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී <small>エイズ</small> エイズ	<input type="checkbox"/> හයි රොයිඩ් ගැටළු <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の病気 <small>びょうき</small> 病気
<input type="checkbox"/> වෙනත් <small>た</small> その他	<input type="checkbox"/> ඇදුම <small>ぜんそく</small> ぜんそく	<input type="checkbox"/> සිරිලිස් රෝගය <small>はいどく</small> 梅毒
ඔබ වර්තමානයේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ගනිමින් සිටී ද? <small>げんざい</small> 現在治療 <small>ちりやう</small> している <small>びょうき</small> 病気はありますか		<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> <input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>
ඔබ මත්පැන් පානය කරන්නේ ද? <small>さけ</small> の お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> → දිනකට _____ ml ml/日	<input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>
ඔබ දුම් පානය කරන්නේ ද? <small>す</small> たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> → දිනකට දුම්වැටි _____ <small>ほん</small> 本/日	<input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>
ඔබ කෙදිනක හෝ ශල්‍යකර්මයක් කර තිබේ ද? <small>しゆじゆつ</small> 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> <input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>
නිර්වින්දනය හේතුවෙන් ඔබට කෙදිනක හෝ ගැටළු ඇති වී තිබේ ද? <small>ますい</small> 麻酔 <small>なに</small> をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> <input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>
ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තකයෙකු සුදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? <small>こんご</small> 今後、<small>つうやく</small> 通訳を <small>じぶん</small> 自分で連れてくることができますか		
<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small> <input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>		

