

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		නාභාව 言葉	

ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか

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

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

ඔව්
はい → _____ වසරේ 年 _____ මස 月 _____ දින සිට 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
ズキンズキン නියුණු/ දැඩි
ガンガン මීටියකින් පහර දෙනවා සේ
ガンと割れるように

පොරියන
キリキリ කටුටුක් 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 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
ヶ月 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? いま 今までにかかった病びょうき気はありますか

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> අමාශය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ <small>いちょう</small> 胃腸 <small>びょうき</small> の病気 | <input type="checkbox"/> අක්මා රෝගය <small>かんぞう</small> 肝臓 <small>びょうき</small> の病気 | <input type="checkbox"/> හදවත් රෝගය <small>しんぞう</small> 心臓 <small>びょうき</small> の病気 |
| <input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝගය <small>じんぞう</small> 腎臓 <small>びょうき</small> の病気 | <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>こちけつあつしやう</small> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී <small>エイズ</small> AIDS | <input type="checkbox"/> නයිරෝයිඩ් ගැටළු <small>こうじょうせん</small> 甲状腺 <small>びょうき</small> の病気 |
| <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? げんざい 現在ちりやう 治療びょうきしている病気はありますか ඔව් ඔව් නැත ඔව් ඔව්

ඔබ මත්පැන් පානය කරන්නේ ද? さけ 酒の を飲みますか ඔව් ඔව් → දිනකට _____ ml ml/日 නැත ඔව් ඔව්

ඔබ දුම් පානය කරන්නේ ද? たばこ を吸すいますか ඔව් ඔව් → දිනකට දුම්වැටි _____ 本/日 නැත ඔව් ඔව්

ඔබ කෙදිනක හෝ ශල්‍යකර්මයක් කර තිබේ ද? しゆじゆつ 手術う を受けたことがありますか ඔව් ඔව් නැත ඔව් ඔව්

නිර්වින්දනය හේතුවෙන් ඔබට කෙදිනක හෝ ගැටළු ඇති වී තිබේ ද? ますい 麻酔なに をして何かトラブルがありましたか ඔව් ඔව් නැත ඔව් ඔව්

ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තකයෙකු සූදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? こんご 今後、つうやく 通訳をじぶん 自分で連れてくることができますか

ඔව් ඔව් නැත ඔව් ඔව්