

# විකලාංග ප්‍රශ්නාවලිය

せいけいげがもんしんひょう  
整形外科問診票

සිංහල  
シンハラ語

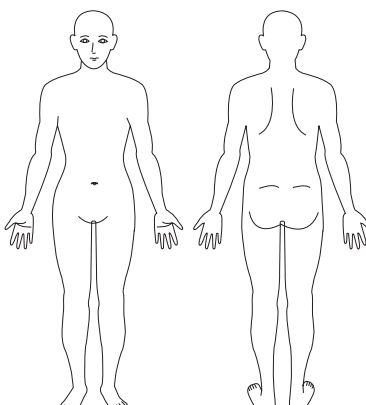
අදාළවන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

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			

<p>ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> උණ( °C) 熱がある</p> <p><input type="checkbox"/> තුවාල けが</p> <p><input type="checkbox"/> ගැටිති しこり</p> <p><input type="checkbox"/> කැසීම かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> උලුක්කුටි හිට්ටා</p> <p><input type="checkbox"/> වෙනත් その他</p> <p><input type="checkbox"/> වේදනාව 痛み</p> <p><input type="checkbox"/> පිළිස්සීම やけど</p> <p><input type="checkbox"/> ඉදිමීම はれもの</p> <p><input type="checkbox"/> හිරිවැටීම しびれ</p> <p><input type="checkbox"/> බර අඩුවීම 体重が減っている</p>	 <p>පින්තූරය මත රවුම් කරන්න 症状のあるところに丸をください</p>
<p>ඔබට මෙම ගැටළු කොපමණ කාලයක් තිබේ ද? それはいつからですか</p> <p>_____ වසරේ 年 _____ මස 月 _____ දින සිට 日から</p> <p>ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><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</p> <p>ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><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</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> ඔව් はい → _____ මාස かげつ _____ <input type="checkbox"/> නැත いいえ</p> <p>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</p> <p>ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ආමාශය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ 胃腸の病気</p> <p><input type="checkbox"/> අක්මා රෝගය 肝臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> හදවත් රෝගය 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝගය 腎臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> ක්ෂය රෝගය 結核</p> <p><input type="checkbox"/> දියවැඩියාව 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> ඇදුම ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> අධි රුධිර පීඩනය 高血圧症</p> <p><input type="checkbox"/> ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී エイズ</p> <p><input type="checkbox"/> තයිරොයිඩ් ගැටළු 甲状腺の病気</p> <p><input type="checkbox"/> සිරිලිස් රෝගය 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/> වෙනත් その他</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>ඔබ කෙදිනක හෝ රුධිර පාරවලයනය කර තිබේ ද? 輸血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</p> <p>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</p> <p>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 <input type="checkbox"/> ඔව් はい <input type="checkbox"/> නැත いいえ</p>	