

# ප්‍රථම රෝග ප්‍රශ්නාවලිය

しょうに か せうしんひょう  
小児科問診票

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

දරුවාගේ නම 子どもの名前	<input type="checkbox"/> පුරුෂ 男 <input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී 女	
උපන්දිනය 生年月日	වසර: 年	මාසය: 月
ලිපිනය 住所	දුරකථනය 電話	
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	භාෂාව 言葉	

ඔබේ (ඔබේ දරුවාගේ) 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"/> මීමැස්මොරය ひきつけをおこす
<input type="checkbox"/> අධෝරෝමන්තම 元気がない	<input type="checkbox"/> පහසුවෙන් කේන්ති යෑම 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> ඉදිමුම මුදුම	<input type="checkbox"/> නිසරදය 頭が痛い
<input type="checkbox"/> උදර වේදනාව お腹が痛い	<input type="checkbox"/> පපුවේ වේදනාව 胸が痛い	<input type="checkbox"/> කුෂ්ඨ 発しん	<input type="checkbox"/> උදරයේ (ආමාශයේ) වේදනාව 胃が痛い
<input type="checkbox"/> වමනය 嘔吐	<input type="checkbox"/> ආහාර අරුචිය 食欲がない	<input type="checkbox"/> මස්කාරය 吐き気	
<input type="checkbox"/> විශාල ලෙස බර වැඩිවීම 体重の増加不良	<input type="checkbox"/> පාවනය 下痢	<input type="checkbox"/> ලේ සහිත මලපහ 血便	
<input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_ 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  බිත්තර 卵  කිරි 牛乳  වෙනත් ආහාර 其他の食べ物  වෙනත් 其他  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 ප්‍රථම කිසිවක් තිබේ නම්, කරුණාකර පෙන්වන්න. 持っていれば見せてください  නැත いいえ

ඔබට (මුත්‍ර/ අයුරු) පානය කල හැකි ඖෂධ කවරේ ද? どんな種類の薬が飲めますか

දියර ඖෂධ シロップ  වූර්ණ (කුඩු ඖෂධ) 粉薬  ටැබ්ලට් හෝ කැප්සියුල 錠剤またはカプセル

දරු ප්‍රසූතිය වූ ආකාරය 出産の時のようす

දරුවාගේ බර \_\_\_\_\_ g 赤ちゃんの体重  සාමාන්‍ය ප්‍රසූතියක් 正常分娩  අසාමාන්‍ය ප්‍රසූතියක් 異常分娩  සිසේරියන් සැත්කමක් 帝王切開

ලබාගත් එන්නත්වල විස්තර 接種済み予防接種

Hib (නීමොලිලස් ඉන්ෆ්ලුවෙන්සා b වර්ගය) ヒブ  නියුමොකොකස් 肺炎球菌  පෝලියෝ ポリオ

DPT (ත්‍රිත්ව ඒකාබද්ධ එන්නත) 三種混合  DPT-IPV (ගලපටලය, උත්කාසය, ටෙටනස්, අක්‍රිය කල පෝලියෝ වයිරස එන්නත) 四種混合  BCG BCG

සරම්ප-රුබෙල්ලා එන්නත (MR) 麻疹・風しん混合  පැපොල 水ぼうそう  කම්මුල්ගාය おたふく風邪

පැපෙනිස් එන්නත 日本脳炎  රොටා වෛරසය 回転ウイルス  වෙනත් その他

ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? 今までにかかった病気はありますか

රුබෙල්ලා 風しん  පැපොල 水ぼうそう  සරම්ප 麻疹  ඇදුම ぜんそく

කම්මුල්ගාය 水ぼうそう  කක්කල් කැස්ස 百日ぜき  ඇපෙන්ඩිසයිටිස් 虫垂炎  MCLS (කවසාකි රෝගය) 川崎病

පැපෙනිස් ඇතිවන පල දැමීම 突発性発しん  පැපෙනිස් එන්නත 日本脳炎

වලිප්පුව 熱性けいれん  වෙනත් その他

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 ගලපර්මයක් කර තිබේ ද? 手術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 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