

OPHTHALMOLOGY

がん か もんしんひょう
眼科問診票

Tagalog

タガログ語

Lagyan ng tsek ang naaayong mga sagot. あてはまるものにチェックしてください

Taon 年

Buwan 月

Araw 日

Pangalan 名前		<input type="checkbox"/> Lalaki 男	<input type="checkbox"/> Babae 女
Kaarawan 生年月日	_____ taon 年 _____ buwan 月 _____ araw 日	Telepono 電話	
Tirahan 住所			
Mayroon ka bang Health Insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Oo はい		<input type="checkbox"/> Wala いいえ
Nasyonalidad 国籍		Wika 言葉	

Ano ang nais ikonsulta? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> kanang mata 右眼	<input type="checkbox"/> kaliwang mata 左眼	<input type="checkbox"/> parehong mata 両眼	<input type="checkbox"/> nagluluha 涙が出る
<input type="checkbox"/> masakit ang mata 痛い	<input type="checkbox"/> nagmumuta 目やに	<input type="checkbox"/> namamaga ang mata はれもの	
<input type="checkbox"/> parang may puwing ang mata ゴロゴロする	<input type="checkbox"/> malabo ang paningin 見えにくい	<input type="checkbox"/> nasisilaw まぶしい	<input type="checkbox"/> iba pa その他
<input type="checkbox"/> nagdodoble ang paningin 物が二重に見える			
Kailan pa ito nagsimula? それはいつからですか			
_____ taon 年 _____ buwan 月 _____ araw 日から			
May allergy ka ba sa gamot o pagkain? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Oo はい	<input type="checkbox"/> gamot 薬	<input type="checkbox"/> pagkain 食べ物	<input type="checkbox"/> iba pa その他
			<input type="checkbox"/> Wala いいえ
May iniinom bang gamot sa kasalukuyan? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Oo はい → Kung mayroong dalang gamot ay nais naming makita. 持っていれば見せてください			<input type="checkbox"/> Wala いいえ
Ikaw ba ay nagdadalantao o may posibilidad na nagdadalantao? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Oo はい → _____ buwan 月		<input type="checkbox"/> Hindi いいえ	
Nagpapadede (breastfeed) pa ba sa kasalukuyan? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Oo はい
			<input type="checkbox"/> Hindi いいえ
Nakaranas ka ba ng problema ng mabigyan ka ng pangpamanhid o anestisyang? 麻酔をして何かトラブルがありましたか			
<input type="checkbox"/> Oo はい		<input type="checkbox"/> Hindi いいえ	
Anu-anong sakit ang mayroon o nagkaroon ka na? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> sakit sa sikmura at bituka 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> sakit sa atay 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> sakit sa puso 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> sakit sa bato 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberculosis/T.B. 結核	<input type="checkbox"/> diyabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/> hika ぜんそく
<input type="checkbox"/> mataas na presyon ng dugo 高血圧症	<input type="checkbox"/> HIV / AIDS エイズ	<input type="checkbox"/> bosyo(goiter) 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> sipilis 梅毒
<input type="checkbox"/> iba pa その他			
May sakit ka ba na ginagamot sa kasalukuyan? 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> Oo はい
			<input type="checkbox"/> Hindi いいえ
Mayroon ba sa iyong pamilya ang may sakit sa mata? 家族で目の病気の人がありますか			
<input type="checkbox"/> Oo いる → Sino? 誰が _____		Anong klaseng sakit? それはどんな病気ですか _____	
<input type="checkbox"/> Wala いない			
Maaari ka bang makapagsama ng translator sa susunod? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Oo はい		<input type="checkbox"/> Hindi いいえ	