

SURGERY

げ か もんしんひょう
外科問診票

Tagalog

タガログ語

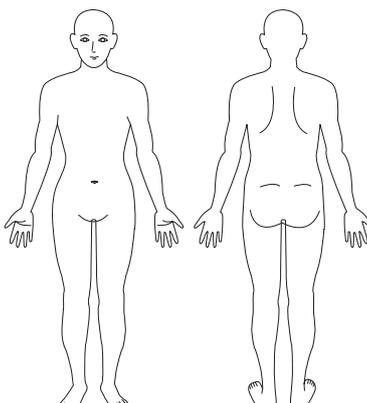
Lagyan ng tsek ang naaayong mga sagot. あてはまるものにチェックしてください

Taon ^{ねん}年

Buwan ^{がつ}月

Araw ^{にち}日

Pangalan ^{なまえ} 名前		<input type="checkbox"/> Lalaki ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Babae ^{おんな} 女
Kaarawan ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ taon ^{ねん} 年 _____ buwan ^{がつ} 月 _____ araw ^{にち} 日	Telepono ^{でんわ} 電話	
Tirahan ^{じゅうしょ} 住所			
Mayroon ka bang Health Insurance? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} はい		<input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ} いいえ
Nasyonalidad ^{こくせき} 国籍		Wika ^{ことば} 言葉	

Ano ang nais ikonsulta? ^{どうしましたか}	Bilugan sa larawan sa ibaba. ^{しやうじやう} 症状のあるところに丸をしてください
<input type="checkbox"/> may lagnat(^{ねつ} °C) 熱がある <input type="checkbox"/> masakit ang tiyan ^{なかいた} お腹が痛い <input type="checkbox"/> pinsala ^{けが} けが <input type="checkbox"/> sunog/paso ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> bukol ^{しこり} しこり <input type="checkbox"/> namamanhid/ walang pakiramdam ^{しびれ} しびれ <input type="checkbox"/> napilipit ^{ひねった} ひねった <input type="checkbox"/> pagbaba ng timbang ^{たいじゆうへ} 体重が減っている <input type="checkbox"/> kati ^{かゆい} かゆい <input type="checkbox"/> bato sa apdo ^{たんせき} 胆石 <input type="checkbox"/> namamaga ^は 腫れ <input type="checkbox"/> almoranas ^し 痔 <input type="checkbox"/> may dugo ang dumi /tae ^{けつ} 血便 <input type="checkbox"/> lalamunan(thyroid) ^{のど} (甲状腺) <input type="checkbox"/> luslos ^{だつちやう} 脱腸(ヘルニア) <input type="checkbox"/> iba pa ^{その他} その他 <hr/> <input type="checkbox"/> leeg ^{くび} 首 <input type="checkbox"/> baga ^{はい} 肺 <input type="checkbox"/> suso ^{にゅうぼう} 乳房 <input type="checkbox"/> sikmura ^い 胃 <input type="checkbox"/> pusod ^{へそ} へそ <input type="checkbox"/> bituka ^{ちやう} 腸	
Kailan pa ito nagsimula? ^{それはいつからですか}	
_____ taon ^{ねん} 年 _____ buwan ^{がつ} 月 _____ araw ^{にち} 日から	
May allergy ka ba sa gamot o pagkain? ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> gamot ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> pagkain ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> iba pa ^{その他} その他 <input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ} いいえ	
May iniinom bang gamot sa kasalukuyan? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} はい → Kung mayroong dalang gamot ay nais naming makita. ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ} いいえ	
Ikaw ba ay nagdadalantao o may posibilidad na nagdadalantao? ^{にんしん} 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} はい → _____ buwan ^{かげつ} 月 <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ} いいえ	
Nagpapadede (breastfeed) pa ba sa kasalukuyan? ^{じゆにやうちやう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ} いいえ
Anu-anong sakit ang mayroon o nagkaroon ka na? ^{いま} 今までにかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> sakit sa sikmura at bituka ^{いぢやう} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> sakit sa atay ^{かんぞう} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> sakit sa puso ^{しんぞう} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> sakit sa bato ^{じんぞう} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> tuberkulosis/T.B. ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> diyabetes ^{とうりやうびやう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> hika ^{ぜんそく} ぜんそく <input type="checkbox"/> mataas na presyon ng dugo ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> HIV / AIDS ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> bosyo(goiter) ^{こうじやうせん} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> sipilis ^{はいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> iba pa ^{その他} その他	
May sakit ba na ginagamot sa kasalukuyan? ^{げんざい} 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ} いいえ
Nakaranas ka na bang maoperahan? ^{しじゆつ} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ} いいえ
Nasalinan ka na ba ng dugo? ^{ゆけつ} 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ} いいえ
Nakaranas ka ba ng problema ng mabigyan ka ng pangpamanhid o anestisyang? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ} いいえ
Kung mayroong dalang referral letter para sa ospital na ito, sagutan ang mga sumusunod na tanong ^{しやうかいじやう} 紹介状のある方だけ書いてください	
Dala mo ba ang kuha ng nakaraang X-ray film? ^{レントゲンフィルム} レントゲンフィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ} いいえ

Dala mo ba kuha ng nakaraang endoscopy film? 内視鏡ないしきょうフィルムもを持っていますか Oo はい Hindi いいえ

Maaari ka bang makapagsama ng translator sa susunod? 今後、通訳こうご づうやく じぶん づを自分で連れてくることができますか

Oo はい Hindi いいえ

<2/2ページ>