

உள் மருத்துவம் கேள்வித்தாள்

ない かもんしんひょう
内科問診票

தமிழ்
タミル語

தொடர்புடைய அனைத்து பதில்களையும் சரிபார்க்கவும் ☒ あてはまるものにチェックしてください

ஆண்டு 年

மாதம் 月

நாள் 日

பெயர் 名前			☐ ஆண் 男 ☐ பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日	தொலைபேசி 電話	_____
முகவரி 住所	_____		
உங்களிடம் உடல்நலக் காப்பீடு உள்ளதா? 健康保険を持っていますか?		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
நாட்டுரிமை 国籍	_____	மொழி 言葉	_____

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன? どうしましたか

- ☐ காய்ச்சல் (°C) 熱がある ☐ தொண்டை வலி のどが痛い ☐ இருமல் せき
- ☐ தலைவலி 頭が痛い ☐ நெஞ்சு வலி 胸が痛い ☐ சொறி 発しん ☐ இதய படபடப்பு 動悸
- ☐ மூச்சு திணறல் 息切れ ☐ வீக்கம் むくみ ☐ தலைச்சுற்றல் めまい
- ☐ மார்பில் இறுக்கம் 胸が苦しい ☐ அடிவயிற்று வலி お腹が痛い
- ☐ வயிற்று வலி 胃が痛い ☐ உயர் இரத்த அழுத்தம் 高血圧 ☐ உணர்வின்மை しびれ
- ☐ அதிக தாகம் 口が渇く ☐ எடை இழப்பு 体重が減っている
- ☐ வயிறு வீங்கியதாக உணர்கிறது お腹が張る ☐ பசியின்மை 食欲がない ☐ வாந்தி 嘔吐
- ☐ குமட்டல் 吐き気 ☐ வயிற்றுப்போக்கு 下痢 ☐ இரத்தம் தோய்ந்த மலம் 血便
- ☐ பலவீனம் だるい ☐ அதிக சோர்வு 疲れやすい ☐ மற்றவை その他

உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக இந்த பிரச்சனைகள் உள்ளன? それはいつからですか

வருடம் _____ மாதம் 年 _____ நாள் 月 _____ முதல் 日から

உங்களுக்கு ஏதாவது உணவு அல்லது மருந்து ஒவ்வாமை உள்ளதா? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

☐ ஆம் はい → ☐ மருந்து 薬 ☐ உணவு 食べ物 ☐ மற்றவை その他 ☐ இல்லை いいえ

நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでる薬はありますか

☐ ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください
☐ இல்லை いいえ

நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா அல்லது கர்ப்பம் தரிக்க வாய்ப்பு உள்ளதா? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

☐ ஆம் はい → _____ மாதங்கள் ヶ月 ☐ இல்லை いいえ

நீங்கள் தற்போது தாய்ப்பால் கொடுக்கிறீர்களா? 授乳中ですか

☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ

இதற்கு முன்பு உங்களுக்கு என்ன நோய்கள் இருந்தன? 今までにかかった病気はありますか

- ☐ வயிறு மற்றும் குடல் கோளாறு 胃腸の病気 ☐ கல்லீரல் நோய் 肝臓の病気 ☐ இருதய நோய் 心臓の病気
- ☐ சிறுநீரக நோய் 腎臓の病気 ☐ காசநோய் 結核 ☐ சர்க்கரை நோய் 糖尿病 ☐ காசம் ぜんそく
- ☐ உயர் இரத்த அழுத்தம் 高血圧症 ☐ எய்ட்ஸ்/எச்.ஐ.வி エイズ
- ☐ தைராய்டு பிரச்சனைகள் 甲状腺の病気 ☐ சிபிலிஸ் 梅毒 ☐ மற்றவை その他

நீங்கள் தற்போது மருத்துவ சிகிச்சையில் இருக்கிறீர்களா? 現在治療している病気はありますか

☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ

நீங்கள் எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? 手術を受けたことがありますか

☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ

உங்களுக்கு எப்போதாவது இரத்தம் செலுத்தப்பட்டுள்ளதா? 輸血を受けたことがありますか

☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ

உங்களின் அடுத்த வருகைக்கு நீங்களே ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை ஏற்பாடு செய்ய முடியுமா? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ

அறுவை சிகிச்சை கேள்வித்தாள்

げ か もんしんひょう
外科問診票

தமிழ்
タミル語

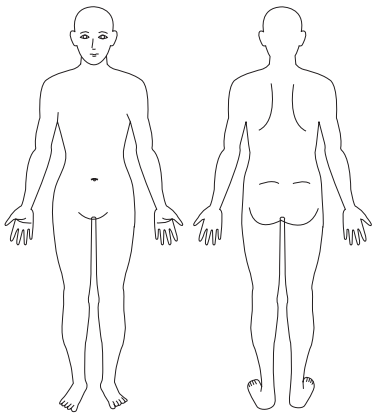
தொடர்புடைய அனைத்து பதில்களையும் சரிபார்க்கவும் ☒ あてはまるものにチェックしてください

ஆண்டு 年

மாதம் 月

நாள் 日

பெயர் 名前			☐ ஆண் 男 ☐ பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日	தொலைபேசி 電話	_____
முகவரி 住所	_____		
உங்களிடம் உடல்நலக் காப்பீடு உள்ளதா? 健康保険を持っていますか?		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
நாட்டுரிமை 国籍	_____	மொழி 言葉	_____

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன? どうしましたか		 படத்தில் வட்டமிடுங்கள் 症状のあるところに丸をしてください
☐ காய்ச்சல் (℃) 熱がある ☐ அடிவயிற்று வலி お腹が痛い ☐ காயம் けが ☐ எரிப்பு やけど ☐ கட்டி しこり ☐ உணர்வின்மை しびれ ☐ சுளுக்கு ひねった ☐ எடை இழப்பு 体重が減っている ☐ அரிப்பு かゆい ☐ பித்தப்பை கல் 胆石 ☐ வீக்கம் 腫れ ☐ மூலநோய் 痔 ☐ இரத்தம் தோய்ந்த மலம் 血便 ☐ தொண்டை (தேராய்டு சுரப்பி) のど (甲状腺) ☐ குடலிறக்கம் 脱腸 (ヘルニア) ☐ மற்றவை その他		
☐ கழுத்து 首 ☐ நுரையீரல் 肺 ☐ மார்பகம் 乳房 ☐ வயிறு 胃 ☐ தொப்புள் へそ ☐ குடல் 腸		
உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக இந்த பிரச்சனைகள் உள்ளன? それはいつからですか வருடம் _____ மாதம் 年 _____ நாள் 月 _____ முதல் 日から		
உங்களுக்கு ஏதாவது உணவு அல்லது மருந்து ஒவ்வாமை உள்ளதா? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか ☐ ஆம் はい → ☐ மருந்து 薬 ☐ உணவு 食べ物 ☐ மற்றவை その他 ☐ இல்லை いいえ		
நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでいる薬はありますか ☐ ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください ☐ இல்லை いいえ		
நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா அல்லது கர்ப்பம் தரிக்க வாய்ப்பு உள்ளதா? 妊娠していますか、またその可能性はありますか ☐ ஆம் はい → _____ மாதங்கள் ヶ月 ☐ இல்லை いいえ		
நீங்கள் தற்போது தாய்ப்பால் கொடுக்கிறீர்களா? 授乳中ですか ☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		
இதற்கு முன்பு உங்களுக்கு என்ன நோய்கள் இருந்தன? 今までにかかった病気はありますか ☐ வயிறு மற்றும் குடல் கோளாறு 胃腸の病気 ☐ கல்லீரல் நோய் 肝臓の病気 ☐ இருதய நோய் 心臓の病気 ☐ சிறுநீரக நோய் 腎臓の病気 ☐ காசநோய் 結核 ☐ சர்க்கரை நோய் 糖尿病 ☐ காசம் ぜんそく ☐ உயர் இரத்த அழுத்தம் 高血圧症 ☐ எய்ட்ஸ்/எச்.ஐ.வி エイズ ☐ தேராய்டு பிரச்சனைகள் 甲状腺の病気 ☐ சிபிலிஸ் 梅毒 ☐ மற்றவை その他		
நீங்கள் தற்போது மருத்துவ சிகிச்சையில் இருக்கிறீர்களா? 現在治療している病気はありますか ☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		
நீங்கள் எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? 手術を受けたことがありますか ☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		
உங்களுக்கு எப்போதாவது இரத்தம் செலுத்தப்பட்டுள்ளதா? 輸血を受けたことがありますか ☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		
மயக்க மருந்து மூலம் நீங்கள் எப்போதாவது சிரமப்பட்டிருக்கிறீர்களா? 麻酔をして何かトラブルがありましたか ☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		
இந்த மருத்துவமனைக்கு பரிந்துரை கடிதம் உங்களிடம் இருந்தால், பின்வரும் கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்கவும். 紹介状のある方だけ書いてください		
உங்களிடம் முந்தைய எக்ஸ்ரே உள்ளதா? レントゲンフィルムを持っていますか ☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ
உங்களிடம் முந்தைய எண்டோஸ்கோப் உள்ளதா? 内視鏡フィルムを持っていますか ☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ

உங்களின் அடுத்த வருகைக்கு நீங்களே ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை ஏற்பாடு செய்ய முடியுமா? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ

〈2/2ページ〉

எலும்பியல் கேள்வித்தாள்

せいけい げ か もんしんひょう
整形外科問診票

தமிழ்
தமிழ்
タミル語

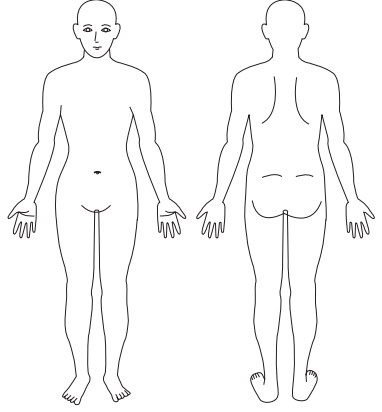
தொடர்புடைய அனைத்து பதில்களையும் சரிபார்க்கவும் ☒ あてはまるものにチェックしてください

ஆண்டு 年

மாதம் 月

நாள் 日

பெயர் 名前			☐ ஆண் 男 ☐ பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日	தொலைபேசி 電話	_____
முகவரி 住所			
உங்களிடம் உடல்நலக் காப்பீடு உள்ளதா? 健康保険を持っていますか?		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
நாட்டுரிமை 国籍	_____	மொழி 言葉	_____

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன? どうしましたか		 படத்தில் வட்டமிடுங்கள் 症状のあるところに丸をしてください
☐ காய்ச்சல் (°C) 熱がある ☐ வலி 痛み ☐ காயம் けが ☐ எரிப்பு やけど ☐ கட்டி しこり ☐ வீக்கம் はれもの ☐ அரிப்பு かゆい ☐ உணர்வின்மை しびれ ☐ சுளுக்கு ひねった ☐ எடை இழப்பு 体重が減っている ☐ மற்றவை その他		
உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக இந்த பிரச்சனைகள் உள்ளன? それはいつからですか		
வருடம் _____ மாதம் 年 _____ நாள் 月 _____ முதல் 日から		
உங்களுக்கு ஏதாவது உணவு அல்லது மருந்து ஒவ்வாமை உள்ளதா? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか		☐ ஆம் はい → ☐ மருந்து 薬 ☐ உணவு 食べ物 ☐ மற்றவை その他 ☐ இல்லை いいえ
நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでいる薬はありますか		
☐ ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください ☐ இல்லை いいえ		
நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா அல்லது கர்ப்பம் தரிக்க வாய்ப்பு உள்ளதா? 妊娠していますか、またその可能性はありますか		
☐ ஆம் はい → _____ மாதங்கள் ヶ月 ☐ இல்லை いいえ		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ
நீங்கள் தற்போது தாய்ப்பால் கொடுக்கிறீர்களா? 授乳中ですか		
இதற்கு முன்பு உங்களுக்கு என்ன நோய்கள் இருந்தன? 今までにかかった病気はありますか		
☐ வயிறு மற்றும் குடல் கோளாறு 胃腸の病気 ☐ கல்லீரல் நோய் 肝臓の病気 ☐ இருதய நோய் 心臓の病気 ☐ சிறுநீரக நோய் 腎臓の病気 ☐ காசநோய் 結核 ☐ சர்க்கரை நோய் 糖尿病 ☐ காசம் ぜんそく ☐ உயர் இரத்த அழுத்தம் 高血圧症 ☐ எய்ட்ஸ்/எச்.ஐ.வி エイズ ☐ தைராய்டு பிரச்சனைகள் 甲状腺の病気 ☐ சிபிலிஸ் 梅毒 ☐ மற்றவை その他		
நீங்கள் தற்போது மருத்துவ சிகிச்சையில் இருக்கிறீர்களா? 現在治療している病気はありますか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ
நீங்கள் எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? 手術を受けたことがありますか		
உங்களுக்கு எப்போதாவது இரத்தம் செலுத்தப்பட்டுள்ளதா? 輸血を受けたことがありますか		
மயக்க மருந்து மூலம் நீங்கள் எப்போதாவது சிரமப்பட்டிருக்கிறீர்களா? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		
உங்களின் அடுத்த வருகைக்கு நீங்களே ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை ஏற்பாடு செய்ய முடியுமா? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ
☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		

நரம்பியல் அறுவை சிகிச்சை

のうしんけい けい かい もんしん ひょう
脳神経外科問診票

தமிழ்
タミル語

தொடர்புடைய அனைத்து பதில்களையும் சரிபார்க்கவும் ☒ あてはまるものにチェックしてください

ஆண்டு 年

மாதம் 月

நாள் 日

பெயர் 名前			☐ ஆண் 男 ☐ பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日	தொலைபேசி 電話	_____
முகவரி 住所	_____		
உங்களிடம் உடல்நலக் காப்பீடு உள்ளதா? 健康保険を持っていますか?		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
நாட்டுரிமை 国籍	_____	மொழி 言葉	_____

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன? どうしましたか			
☐ தலைவலி 頭が痛い	☐ தலைச்சுற்றல் めまい	☐ குமட்டல் 吐き気	☐ வாந்தி 嘔吐
☐ காதிசைச்சல் 耳鳴り	☐ கடினமான தோள்கள் 肩こり	☐ உணர்வின்மை しびれ	☐ நடுக்கம் 手足のふるえ
☐ சுயநினைவின்மை 意識がなくなる		☐ மோசமான செவிப்புலன் 聞こえにくい	
☐ பொருட்களைப் பார்ப்பதில் சிக்கல் 物が見えにくい		☐ நடப்பதில் சிரமம் 歩きにくい	
☐ மூட்டு இயக்கத்தில் சிரமம் 手足の動きが悪い		☐ மற்றவை その他	
உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக இந்த பிரச்சனைகள் உள்ளன? それはいつからですか			
வருடம் _____ மாதம் 年 _____ நாள் 月 _____ முதல் 日から			
நீங்கள் எப்போதாவது உங்கள் தலையை மோதிக்கொண்டதுண்டா? 頭をぶつけましたか			
☐ ஆம் はい → _____ மாதம் 年 _____ நாள் 月 _____ நாள் 日から ☐ இல்லை いいえ			
உங்கள் தலையின் எந்த பகுதி? どこをぶつけましたか			
☐ முன் பகுதி 前頭部	☐ பின் பகுதி 後頭部	☐ வலது பக்கம் 右横	☐ இடது பக்கம் 左横
இது சோகமான விபத்தால் ஏற்பட்டதா? 交通事故ですか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
தலைவலி உள்ள ஒருவர் பின்வரும் கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்க வேண்டும். 頭が痛い方への質問です			
உங்கள் தலையின் எந்த பகுதி வலிக்கிறது? どこが痛みますか			
☐ முன் பகுதி 前頭部	☐ பின் பகுதி 後頭部	☐ வலது பக்கம் 右横	☐ இடது பக்கம் 左横
☐ முழு தலை 頭全体			
வலியின் வகை? どのように痛みますか			
☐ துடிக்கிறது ズキンズキン		☐ கூர்மையான/கடுமையான ガンガン	
☐ சுத்தியலால் அடிப்பது போல ガーンと割れるように			
☐ கூச்ச உணர்வு キリキリ		☐ குத்துதல் チクチク	
		☐ மற்றவை その他	
வலி எப்போது மிகவும் மோசமாக இருக்கும்? いつが一番痛いですか			
☐ காலை 朝	☐ நண்பகல் 昼	☐ மாலை 夕方	☐ நாள் முழுவதும் 一日中
உங்களுக்கு ஏதாவது உணவு அல்லது மருந்து ஒவ்வாமை உள்ளதா? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
☐ ஆம் はい → ☐ மருந்து 薬 ☐ உணவு 食べ物 ☐ மற்றவை その他 ☐ இல்லை いいえ			
நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでる薬はありますか			
☐ ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください ☐ இல்லை いいえ			
நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா அல்லது கர்ப்பம் தரிக்க வாய்ப்பு உள்ளதா? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
☐ ஆம் はい → _____ மாதங்கள் ヶ月 ☐ இல்லை いいえ			
நீங்கள் தற்போது தாய்ப்பால் கொடுக்கிறீர்களா? 授乳中ですか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	

இதற்கு முன்பு உங்களுக்கு என்ன நோய்கள் இருந்தன? 今までにかかった病気はありますか		
☐ வயிறு மற்றும் குடல் கோளாறு 胃腸の病気 ☐ சிறுநீரக நோய் 腎臓の病気 ☐ காசநோய் 結核 ☐ உயர் இரத்த அழுத்தம் 高血圧症 ☐ தைராய்டு பிரச்சனைகள் 甲状腺の病気	☐ கல்லீரல் நோய் 肝臓の病気 ☐ சர்க்கரை நோய் 糖尿病 ☐ எய்ட்ஸ்/எச்.ஐ.வி எய்ஸ் ☐ சிபிலிஸ் 梅毒	☐ இருதய நோய் 心臓の病気 ☐ காசம் ぜんそく ☐ மற்றவை その他
நீங்கள் தற்போது மருத்துவ சிகிச்சையில் இருக்கிறீர்களா? 現在治療している病気はありますか		
☐ ஆம் ☐ இல்லை	☐ ஆம் ☐ இல்லை	
தாங்கள் மது அருந்துவீர்களா? お酒を飲みますか	☐ ஆம் ☐ இல்லை	
நீங்கள் புகை பிடிப்பீர்களா? たばこを吸いますか	☐ ஆம் ☐ இல்லை	
நீங்கள் எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? 手術を受けたことがありますか	☐ ஆம் ☐ இல்லை	
மயக்க மருந்து மூலம் நீங்கள் எப்போதாவது சிரமப்பட்டிருக்கிறீர்களா? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	☐ ஆம் ☐ இல்லை	
உங்களின்அடுத்த வருகைக்கு நீங்களே ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை ஏற்பாடு செய்ய முடியுமா? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか		
☐ ஆம் ☐ இல்லை		

மனநல கேள்வித்தாள்

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票

தமிழ்
タミル語

தொடர்புடைய அனைத்து பதில்களையும் சரிபார்க்கவும் ☒ あてはまるものにチェックしてください

ஆண்டு 年

மாதம் 月

நாள் 日

பெயர் 名前			☐ ஆண் 男 ☐ பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日	தொலைபேசி 電話	_____
முகவரி 住所	_____		
உங்களிடம் உடல்நலக் காப்பீடு உள்ளதா? 健康保険を持っていますか?	☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		
நாட்டுரிமை 国籍	_____	மொழி 言葉	_____

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன? どうしましたか

- ☐ அரைகுறை தூக்கம் 眠れない ☐ வழக்கத்தை விட அதிகமாக பேசுவது いつもよりよくしゃべる
- ☐ கவலை அல்லது பீதி 不安やパニック発作
- ☐ அருகில் யாரும் இல்லாவிட்டாலும் குரல்கள் கேட்கின்றன 周りに人がいないのに声が聞こえる
- ☐ மனச்சோர்வை உணர்கிறேன் うつ気分 ☐ தாழ்வு மனப்பான்மை 元気がない
- ☐ யாரோ என்னைக் கண்காணிப்பதாக உணர்கிறேன் 人に見られている気がする
- ☐ உயர் மனப்பான்மை 元気がよすぎる ☐ சுயநினைவை இழத்தல் 意識がなくなる
- ☐ இறக்க விரும்புதல் 死にたい ☐ எளிதில் கிளர்ச்சியடைதல் 興奮しやすい
- ☐ வன்முறைக்குத் தூண்டப்படுதல் 暴力をふるう ☐ மற்றவை その他

உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக இந்த பிரச்சனைகள் உள்ளன? それはいつからですか

வருடம் _____ மாதம் 年 _____ நாள் 月 _____ முதல் 日から

உங்களுக்கு ஏதாவது உணவு அல்லது மருந்து ஒவ்வாமை உள்ளதா? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

☐ ஆம் はい → ☐ மருந்து 薬 ☐ உணவு 食べ物 ☐ மற்றவை その他 ☐ இல்லை いいえ

உதவியாளரின் பெயர் 付添者の氏名

உங்களுடன் உறவு 本人との関係 ☐ குடும்பம் 家族 ☐ நண்பர் 友人 ☐ மற்றவை その他 → ()

இன்று எங்களை சந்திக்குமாறு யார் பரிந்துரைத்தார்கள்? 本日の受診はどなたの意志ですか

☐ நீங்கள் 本人 ☐ குடும்பம் 家族 ☐ நண்பர் 友人 ☐ காவல்துறை 警察 ☐ சக பணியாளர் 勤務先の人

☐ மற்றவை その他 → ()

இன்றைய வருகையின் நோக்கம் என்ன? 本日の受診の目的は何ですか

- ☐ நோயைக் கண்டறிதல் 診断 ☐ மருத்துவ சான்றிதழை பெறவும் 診断書
- ☐ சிகிச்சை 治療 ☐ மருத்துவனையில் அனுமதிக்கப்படுதல் 入院
- ☐ மற்றொரு நிறுவனத்திற்கு அறிமுகப்படுத்தப்படுவது 紹介
- ☐ இரண்டாவது கருத்தைப் பெறுவது セカンドオピニオン ☐ மற்றவை その他 → ()

நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா அல்லது கர்ப்பம் தரிக்க வாய்ப்பு உள்ளதா? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

☐ ஆம் はい → _____ மாதங்கள் ヶ月 ☐ இல்லை いいえ

நீங்கள் தற்போது தாய்ப்பால் கொடுக்கிறீர்களா? 授乳中ですか ☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ

நீங்கள் தற்போது மருத்துவ சிகிச்சையில் இருக்கிறீர்களா? 現在治療中の病気はありますか

☐ ஆம் はい → மருத்துவ நிறுவனத்தின் பெயர் 医療機関名 ☐ இல்லை いいえ

நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでいる薬はありますか

☐ ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください

☐ இல்லை いいえ

இதற்கு முன்பு உங்களுக்கு என்ன நோய்கள் இருந்தன? 今まではかかった病気はありますか

- ☐ மறதிநோய் 認知症 ☐ மது அல்லது போதைப்பொருள் சார்ந்திருத்தல் アルコールや薬物依存
- ☐ மனநிலை கோளாறு 気分障害 → ☐ வெறி 躁病 ☐ வெறி-மன அழுத்த மனநோய் 躁鬱病 ☐ மன அழுத்தம் 鬱病
- ☐ பெரும் அச்சம்/பீதி パニック ☐ தூக்கமின்மை 不眠症
- ☐ ஆளுமை கோளாறு パーソナリティー障害 ☐ வளர்ச்சி கோளாறு 発達障害
- ☐ மனநல குறைபாடு 精神遅滞 ☐ வலிப்பு நோய் てんかん
- ☐ ஸ்கிசோஃப்ரினியா 統合失調症 ☐ ஏடிஎச்டி 注意欠陥(如)多動性障害
- ☐ மற்றவை その他 → ()

உங்களின்அடுத்த வருகைக்கு நீங்களே ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை ஏற்பாடு செய்ய முடியுமா? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- ☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ

〈2/2ページ〉

குழந்தை மருத்துவம் கேள்வித்தாள்

小児科問診票

தமிழ்
タミル語

தொடர்புடைய அனைத்து பதில்களையும் சரிபார்க்கவும் ☒ あてはまるものにチェックしてください

ஆண்டு 年

மாதம் 月

நாள் 日

குழந்தையின் பெயர் 子どもの名前	☐ ஆண் 男 ☐ பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日
முகவரி 住所	_____
உங்களிடம் உடல்நலக் காப்பீடு உள்ளதா? 健康保険を持っていますか?	☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ
நாட்டுரிமை 国籍	_____
மொழி 言葉	_____

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன?(உங்கள் குழந்தை) どうしましたか

☐ காய்ச்சல்(°C) 熱がある ☐ தொண்டை வலி のどが痛い ☐ இருமல் せき ☐ பிடிப்பு ひきつけをおこす
☐ தாழ்வு மனப்பான்மை 元気がない ☐ எரிச்சலடைகின்ற 機嫌が悪い
☐ வீக்கம் むくみ ☐ தலைவலி 頭が痛い ☐ அடிவயிற்று வலி お腹が痛い
☐ நெஞ்சு வலி 胸が痛い ☐ சொறி 癢しん ☐ வயிற்று வலி 胃が痛い ☐ வாந்தி 嘔吐
☐ பசியின்மை 食欲がない ☐ குமட்டல் 吐き気 ☐ போதுமான எடை அதிகரிப்பு இல்லை 体重の増加不良
☐ வயிற்றுப்போக்கு 下痢 ☐ இரத்தம் தோய்ந்த மலம் 血便 ☐ மற்றவை その他

உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக இந்த பிரச்சனைகள் உள்ளன? それはいつからですか

வருடம் _____ மாதம் 年 _____ நாள் 月 _____ முதல் 日から

உங்களுக்கு ஏதாவது உணவு அல்லது மருந்து ஒவ்வாமை உள்ளதா? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

☐ ஆம் はい → ☐ மருந்து 薬 ☐ முட்டை 卵 ☐ பால் 牛乳 ☐ மற்ற உணவு その他の食べ物 ☐ மற்றவை その他 ☐ இல்லை いいえ

நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでいる薬はありますか

☐ ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください
☐ இல்லை いいえ

எந்த வகையான உள் மருந்துகளை நீங்கள் எடுக்கலாம்? どんな種類の薬が飲めますか

☐ சிரப் シロップ ☐ தூள் 粉薬 ☐ மாத்திரை அல்லது காப்ச்யூல் 錠剤またはカプセル

பிரசவம் எப்படி இருந்தது? 出産の時のようす

குழந்தையின் எடை _____ 赤ちゃんの体重 தாயின் வயது _____ 母親の年齢
☐ சாதாரண பிரசவம் 正常分娩 ☐ অসாதாரண பிரসவம் 異常分娩 ☐ அறுவைசிகிச்சை பிரசவம் 帝王切開

தடுப்பூசி (வரலாறு) 接種済み予防接種

☐ ஹிப்(ஹீமோபிலஸ் இன்ஃபுயென்சா வகை b) Hib ☐ நிமோகோகஸ் 肺炎球菌 ☐ போலியோ ポリオ
☐ டிப்டீ (மூன்று கூட்டு தடுப்பூசி) 三種混合
☐ டிப்டீ-ஐபிவி (டிஃப்டீரியா, பெர்டுசிஸ், டெட்டனஸ், செயலிழந்த போலியோ வைரஸ் தடுப்பூசி) 四種混合
☐ பி.சி.ஜி BCG ☐ தட்டம்மை-ரூபெல்லா தடுப்பூசி(எம்ஆர்) 麻しん・風しん混合 ☐ சின்னம்மை 水ぼうそう
☐ அம்மைக்கட்டு நோய்/பொன்னுக்கு வீங்கி 麻疹 ☐ ஜப்பானிய மூளையழற்சி 日本脳炎
☐ ரோட்டா வைரஸ் 口タウィルス ☐ மற்றவை その他

இதற்கு முன்பு உங்களுக்கு என்ன நோய்கள் இருந்தன? 今までにかかった病気はありますか

☐ ரூபெல்லா 風しん ☐ சின்னம்மை 水ぼうそう ☐ தட்டம்மை 麻しん ☐ காசம் ぜんそく
☐ அம்மைக்கட்டு நோய்/பொன்னுக்கு வீங்கி 麻疹 ☐ கக்குவான் இருமல் 百日ぜき
☐ குடல்வாலழற்சி 虫垂炎 ☐ MCLS (கவாசாகி நோய்) 川崎病 ☐ திடீர் எக்சாந்தேமா 突発性発しん
☐ ஜப்பானிய மூளையழற்சி 日本脳炎 ☐ வலிப்புத்தாக்கங்கள் 熱性けいれん ☐ மற்றவை その他

நீங்கள் தற்போது மருத்துவ சிகிச்சையில் இருக்கிறீர்களா? 現在治療している病気はありますか ☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ

நீங்கள் எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? 手術 しゆじゆつう を受けたことがありますか	☐ ஆம் はい	☐ இல்லை いいえ
மயக்க மருந்து மூலம் நீங்கள் எப்போதாவது சிரமப்பட்டிருக்கிறீர்களா? 麻酔 ますい をして何か なに トラブルがありましたか	☐ ஆம் はい	☐ இல்லை いいえ
உங்களின் அடுத்த வருகைக்கு நீங்களே ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை ஏற்பாடு செய்ய முடியுமா? 今後、通訳 こうご づうやく を自分で連れてくることができますか		
☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		

தோல் மருத்துவ கேள்வித்தாள்

皮膚科問診票

தமிழ்
タミル語

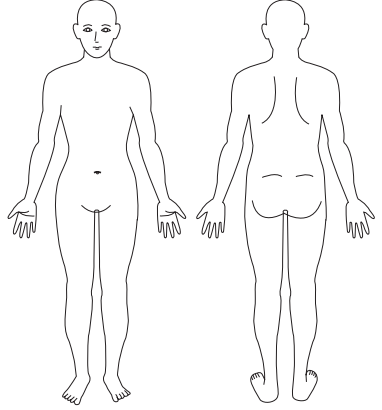
தொடர்புடைய அனைத்து பதில்களையும் சரிபார்க்கவும் ☒ あてはまるものにチェックしてください

ஆண்டு 年

மாதம் 月

நாள் 日

பெயர் 名前			☐ ஆண் 男 ☐ பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日	தொலைபேசி 電話	_____
முகவரி 住所	_____		
உங்களிடம் உடல்நலக் காப்பீடு உள்ளதா? 健康保険を持っていますか?	☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		
நாட்டுரிமை 国籍	_____	மொழி 言葉	_____

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன? どうしましたか	 படத்தில் வட்டமிடுங்கள் 症状のあるところに丸をしてください	
☐ காய்ச்சல் (°C) 熱がある ☐ வலி 痛い ☐ அரிப்பு かゆい ☐ எரிப்பு やけど ☐ சொறி 発しん ☐ அரிக்கும் தோலழற்சி 湿しん ☐ சிராய்ப்புப் புண் かさ ☐ மச்சம் ぼくろ ☐ கல்லீரல் புள்ளிகள் しみ ☐ தடகள கால் 水虫 ☐ கசிவு じくじくしている ☐ மற்றவை その他		
உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக இந்த பிரச்சனைகள் உள்ளன? それはいつからですか		
வருடம் _____ மாதம் 年 _____ நாள் 月 _____ முதல் 日から அறிகுறிகள் மாறிவிட்டதா? その症状は変化していますか ☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		
உங்களுக்கு ஏதாவது உணவு அல்லது மருந்து ஒவ்வாமை உள்ளதா? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	☐ ஆம் はい → ☐ மருந்து 薬 ☐ உணவு 食べ物 ☐ மற்றவை その他 ☐ இல்லை いいえ	
நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでいる薬はありますか	☐ ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください ☐ இல்லை いいえ	
நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா அல்லது கர்ப்பம் தரிக்க வாய்ப்பு உள்ளதா? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	☐ ஆம் はい → _____ மாதங்கள் ヶ月 ☐ இல்லை いいえ	
நீங்கள் தற்போது தாய்ப்பால் கொடுக்கிறீர்களா? 授乳中ですか	☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
இதற்கு முன்பு உங்களுக்கு என்ன நோய்கள் இருந்தன? 今までにかかった病気はありますか	☐ வயிறு மற்றும் குடல் கோளாறு 胃腸の病気 ☐ கல்லீரல் நோய் 肝臓の病気 ☐ இருதய நோய் 心臓の病気 ☐ சிறுநீரக நோய் 腎臓の病気 ☐ காசநோய் 結核 ☐ சர்க்கரை நோய் 糖尿病 ☐ காசம் ぜんそく ☐ உயர் இரத்த அழுத்தம் 高血圧症 ☐ எய்ட்ஸ்/எச்.ஐ.வி エイズ ☐ தைராய்டு பிரச்சனைகள் 甲状腺の病気 ☐ சிபிலிஸ் 梅毒 ☐ மற்றவை その他	
நீங்கள் தற்போது மருத்துவ சிகிச்சையில் இருக்கிறீர்களா? 現在治療している病気はありますか	☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
நீங்கள் எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? 手術を受けたことがありますか	☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
மயக்க மருந்து மூலம் நீங்கள் எப்போதாவது சிரமப்பட்டிருக்கிறீர்களா? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
உங்களின் அடுத்த வருகைக்கு நீங்களே ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை ஏற்பாடு செய்ய முடியுமா? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	

மகப்பேறியல் மற்றும் மகளிர் மருத்துவம் கேள்வித்தாள்

産婦人科問診票

தமிழ்
タミル語

தொடர்புடைய அனைத்து பதில்களையும் சரிபார்க்கவும் ☒ あてはまるものにチェックしてください

ஆண்டு 年

மாதம் 月

நாள் 日

பெயர் 名前			☐ ஆண் 男 ☐ பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日	தொலைபேசி 電話	_____
முகவரி 住所	_____		
உங்களிடம் உடல்நலக் காப்பீடு உள்ளதா? 健康保険を持っていますか?	☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		
நாட்டுரிமை 国籍	_____	மொழி 言葉	_____
உயரம் 身長	_____ cm	எடை 体重	_____ kg

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன? どうしましたか			
☐ கர்ப்பம் 妊娠	☐ ஒழுங்கற்ற மாதவிடாய் 月経の異常	☐ யோனிமடற்கழிவு おりもの	
☐ அடிவயிற்று வலி 下腹部が痛い	☐ ஒழுங்கற்ற பிறப்புறுப்பு இரத்தப்போக்கு 不正性器出血		
☐ பாலிப்புகள் ポリープ	☐ கட்டி 卵巣のう腫瘍	☐ யோனி அரிப்பு 性器のかゆみ	
☐ கருப்பை நார்த்திசுக்கட்டிகள் 子宮筋腫		☐ பாப் ஸ்மியர் சோதனை がん検診	
☐ மலட்டுத்தன்மை 不妊症	☐ இரத்த சோகை 貧血	☐ மற்றவை その他	
மாதவிடாய் வரலாறு 生理について			
உங்கள் முதல் மாதவிடாய் எப்போது தொடங்கியது? 初めて生理があったのはいつですか		வயது _____ ஆண்டுகள் 才	
உங்கள் மாதவிடாய் நின்றல் எப்போது? 閉経はいつですか		வயது _____ ஆண்டுகள் 才	
உங்கள் மாதவிடாய் சீராக உள்ளதா? 生理は順調ですか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
இடைவெளிகள் 周期について	☐ 28 நாட்கள் 28日型 ☐ 30 நாட்கள் 30日型 ☐ _____ நாட்கள் 日型	☐ ஒழுங்கற்ற 不順	
மாதவிடாய் 生理の期間について		_____ நாட்கள் 日間	
மாதவிடாய் பாய்வு 生理の量について	☐ கனமானது 多い ☐ இயல்பானது 普通 ☐ லேசானது 少ない		
உங்கள் மாதவிடாயின் போது ஏதேனும் வலியால் அவதிப்படுகிறீர்களா? 生理痛はありますか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
உங்கள் கடைசி மாதவிடாய் தேதி. 最終月経は		_____ மாதம் 月 _____ நாள் 日	
உடலுறவு அனுபவம் உள்ளதா? 性交経験はありますか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
கர்ப்பத்தின் வரலாறு 妊娠した回数			
☐ கர்ப்பம் 妊娠 _____ முறை 回			
☐ பிரசவம் 分娩 _____ முறை 回	☐ இயல்பாக 正常分娩 _____ முறை 回	☐ அசாதாரணமாக 異常分娩 _____ முறை 回	
☐ கருச்சிதைவு 流産 _____ முறை 回	☐ இயற்கை கருக்கலைப்பு 自然流産 _____ முறை 回	☐ கருக்கலைப்பு 人工流産 _____ முறை 回	
☐ மற்றவை その他	☐ இடம் மாறிய கர்ப்பம் 子宮外妊娠	☐ நீர்ச்சிறையுருமச்சம் 胎状奇胎	
இந்த மருத்துவமனையில் உங்கள் குழந்தையைப் பெற்றெடுக்க விரும்புகிறீர்களா? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか			
☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ			
உங்களுக்கு ஏதாவது உணவு அல்லது மருந்து ஒவ்வாமை உள்ளதா? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
☐ ஆம் はい → ☐ மருந்து 薬 ☐ உணவு 食べ物 ☐ மற்றவை その他 ☐ இல்லை いいえ			
நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでいる薬はありますか			
☐ ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください			
☐ இல்லை いいえ			

கண் மருத்துவம் கேள்வித்தாள்

かん か もんしんひょう
眼科問診票

தமிழ்
タミル語

தொடர்புடைய அனைத்து பதில்களையும் சரிபார்க்கவும் ☒ あてはまるものにチェックしてください

ஆண்டு 年

மாதம் 月

நாள் 日

பெயர் 名前			☐ ஆண் 男 ☐ பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日	தொலைபேசி 電話 _____	
முகவரி 住所			
உங்களிடம் உடல்நலக் காப்பீடு உள்ளதா? 健康保険を持っていますか?		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
நாட்டுரிமை 国籍	_____	மொழி 言葉	_____

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன? どうしましたか			
☐ வலது புறம் 右眼	☐ இடது புறம் 左眼	☐ இருபுறமும் 両眼	☐ கிழித்தல் 涙が出る
☐ வலி 痛い	☐ சளி வெளியேற்றம் 目やに	☐ வீக்கம் はれもの	☐ அரிப்பு かゆい
☐ கண்ணில் ஏதோ ஒட்டிக்கொண்டது ゴロゴロする		☐ மங்கலான பார்வை 見えにくい	
☐ இரட்டை பார்வை 物が二重に見える		☐ ஒளி உணர்திறன் まぶしい ☐ மற்றவை その他	
உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக இந்த பிரச்சனைகள் உள்ளன? それはいつからですか			
வருடம் _____ மாதம் 年 _____ நாள் 月 _____ முதல் 日 日から			
உங்களுக்கு ஏதாவது உணவு அல்லது மருந்து ஒவ்வாமை உள்ளதா? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
☐ ஆம் はい → ☐ மருந்து 薬 ☐ உணவு 食べ物 ☐ மற்றவை その他 ☐ இல்லை いいえ			
நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでいる薬はありますか			
☐ ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください ☐ இல்லை いいえ			
நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா அல்லது கர்ப்பம் தரிக்க வாய்ப்பு உள்ளதா? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
☐ ஆம் はい → _____ மாதங்கள் ヶ月 ☐ இல்லை いいえ			
நீங்கள் தற்போது தாய்ப்பால் கொடுக்கிறீர்களா? 授乳中ですか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
மயக்க மருந்து மூலம் நீங்கள் எப்போதாவது சிரமப்பட்டிருக்கிறீர்களா? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
இதற்கு முன்பு உங்களுக்கு என்ன நோய்கள் இருந்தன? 今までにかかった病気はありますか			
☐ வயிறு மற்றும் குடல் கோளாறு 胃腸の病気	☐ கல்லீரல் நோய் 肝臓の病気	☐ இருதய நோய் 心臓の病気	
☐ சிறுநீரக நோய் 腎臓の病気	☐ காசநோய் 結核	☐ சர்க்கரை நோய் 糖尿病	
☐ உயர் இரத்த அழுத்தம் 高血圧症	☐ எய்ட்ஸ்/எச்.ஐ.வி எய்ஸ்		☐ காசம் ぜんそく
☐ தைராய்டு பிரச்சனைகள் 甲状腺の病気	☐ சிபிலிஸ் 梅毒	☐ மற்றவை その他	
நீங்கள் தற்போது மருத்துவ சிகிச்சையில் இருக்கிறீர்களா? 現在治療している病気はありますか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
உங்கள் குடும்பத்தில் யாருக்காவது கண் நோய்கள் உள்ளதா? 家族で目の病気の人はいますか			
☐ ஆம் いる → யார்? 誰が _____ என்ன? それはどんな病気ですか _____ ☐ இல்லை いない			
உங்களின் அடுத்த வருகைக்கு நீங்களே ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை ஏற்பாடு செய்ய முடியுமா? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ			

காது மற்றும் தொண்டை மருத்துவம் கேள்வித்தாள்

じ び ん ぞ かい かい しん ひょう
耳鼻咽喉科問診票

தமிழ்
タミル語

தொடர்புடைய அனைத்து பதில்களையும் சரிபார்க்கவும் ☒ あてはまるものにチェックしてください

ஆண்டு 年

மாதம் 月

நாள் 日

பெயர் 名前			☐ ஆண் 男 ☐ பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日	தொலைபேசி 電話	_____
முகவரி 住所	_____		
உங்களிடம் உடல்நலக் காப்பீடு உள்ளதா? 健康保険を持っていますか?		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
நாட்டுரிமை 国籍	_____	மொழி 言葉	_____

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன? どうしましたか			
☐ காய்ச்சல் (_____ °C) 熱がある		☐ என் தலை கனமாக இருக்கிறது. 頭が重い	
☐ தலைவலி 頭が痛い			
காது பிரச்சனைகள் 耳の症状			
☐ வலது புறம் 右	☐ இடது புறம் 左	☐ இருபுறமும் 両方	☐ காதுவலி 耳が痛い
☐ வெளியேற்றம் 耳だれ	☐ காதுகேள்வி 耳が聞こえない	☐ தலைச்சுற்றல் めまい	☐ காதுகேள்வி 耳が聞こえない
☐ காதுகேள்வி 耳が聞こえない	☐ காதுக்குள் மெழுகு படிதல் 耳かみ	☐ தலைச்சுற்றல் めまい	☐ காதுகேள்வி 耳が聞こえない
☐ மோசமான செவிப்புலன் 聞こえが悪い	☐ செருகப்பட்ட காதுகள் 耳がふさがった感じ	☐ காதுகேள்வி 耳が聞こえない	☐ காதுகேள்வி 耳が聞こえない
மூக்கு பிரச்சனைகள் 鼻の症状			
☐ அடைத்த மூக்கு 鼻がつまる	☐ மூக்கு ஒழுகுதல் 鼻がでる	☐ தும்மல் くしゃみ	☐ இரத்தப்போக்கு 鼻血
☐ குறட்டை いびき	☐ வாசனையறிய இயலாமை においがわからない	☐ இரத்தப்போக்கு 鼻血	☐ இரத்தப்போக்கு 鼻血
தொண்டைப் பிரச்சனைகள் のどの症状			
☐ நாக்கு புண் 舌が痛い	☐ தொண்டை வலி のどが痛い	☐ இருமல் せき	☐ சளி たん
☐ தொண்டையில் ஏதோ சிக்கியது போன்ற உணர்வு 何かにかかっている感じ	☐ கரகரப்பு 声がかわる	☐ கரகரப்பு 声がかわる	☐ கரகரப்பு 声がかわる
☐ விழுங்குவதில் சிரமம் 飲み込みにくい	☐ வீங்கிய முகம்/கழுத்து 顔・頸部(くび)の腫れ	☐ கரகரப்பு 声がかわる	☐ கரகரப்பு 声がかわる
☐ மற்றவை その他	☐ வீங்கிய முகம்/கழுத்து 顔・頸部(くび)の腫れ	☐ கரகரப்பு 声がかわる	☐ கரகரப்பு 声がかわる
உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக இந்த பிரச்சனைகள் உள்ளன? それはいつからですか? வருடம் _____ மாதம் 年 _____ நாள் 月 _____ முதல் 日 日から			
உங்களுக்கு ஏதாவது உணவு அல்லது மருந்து ஒவ்வாமை உள்ளதா? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
☐ ஆம் はい → ☐ மருந்து 薬	☐ உணவு 食べ物	☐ மற்றவை その他	☐ இல்லை いいえ
நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでる薬はありますか			
☐ ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください	☐ இல்லை いいえ	☐ இல்லை いいえ	☐ இல்லை いいえ
நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா அல்லது கர்ப்பம் தரிக்க வாய்ப்பு உள்ளதா? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
☐ ஆம் はい → _____ மாதங்கள் ヶ月	☐ இல்லை いいえ	☐ இல்லை いいえ	☐ இல்லை いいえ
நீங்கள் தற்போது தாய்ப்பால் கொடுக்கிறீர்களா? 授乳中ですか		☐ ஆம் はい	☐ இல்லை いいえ
தாங்கள் மது அருந்துவீர்களா? お酒を飲みますか	☐ ஆம் はい → _____ ml/ஒரு நாள் ml/日	☐ இல்லை いいえ	☐ இல்லை いいえ
நீங்கள் புகை பிடிப்பீர்களா? たばこを吸いますか	☐ ஆம் はい → _____ சிகரெட்/ஒரு நாள் 本/日	☐ இல்லை いいえ	☐ இல்லை いいえ
நீங்கள் எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? 手術を受けたことがありますか	☐ ஆம் はい	☐ இல்லை いいえ	☐ இல்லை いいえ
உங்களுக்கு எப்போதாவது இரத்தம் செலுத்தப்பட்டுள்ளதா? 輸血を受けたことがありますか	☐ ஆம் はい	☐ இல்லை いいえ	☐ இல்லை いいえ
மயக்க மருந்து மூலம் நீங்கள் எப்போதாவது சிரமப்பட்டிருக்கிறீர்களா? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	☐ ஆம் はい	☐ இல்லை いいえ	☐ இல்லை いいえ
உங்களின் அடுத்த வருகைக்கு நீங்களே ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை ஏற்பாடு செய்ய முடியுமா? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
☐ ஆம் はい	☐ இல்லை いいえ	☐ இல்லை いいえ	☐ இல்லை いいえ

பல் மருத்துவ கேள்வித்தாள்

歯科問診票

தமிழ்
タミル語

தொடர்புடைய அனைத்து பதில்களையும் சரிபார்க்கவும் ☒ あてはまるものにチェックしてください

ஆண்டு 年

மாதம் 月

நாள் 日

பெயர் 名前			☐ ஆண் 男 ☐ பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日	தொலைபேசி 電話	_____
முகவரி 住所	_____		
உங்களிடம் உடல்நலக் காப்பீடு உள்ளதா? 健康保険を持っていますか?	☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ		
நாட்டுரிமை 国籍	_____	மொழி 言葉	_____

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன? どうしましたか			
☐ பல்வலி 歯が痛い	☐ நிரப்பல் பெயர்ந்துவிட்டது つめ物がとれた	☐ ஈறுகளில் வலி 歯ぐきが痛い	
☐ பற்குழி 虫歯を治してほしい	☐ புதிய பற்கள் 入れ歯を作りたい	☐ உடைந்த பற்கள் 入れ歯がこわれた	
☐ வளைந்த பற்கள் 歯並びを治したい	☐ பல் பரிசோதனை 検診		
☐ பற்களை சுத்தம் செய்தல் 歯石・歯こうを取りたい	☐ வாய் துர்நாற்றம் 口臭	☐ மற்றவை その他	
உங்களுக்கு ஏதாவது உணவு அல்லது மருந்து ஒவ்வாமை உள்ளதா? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
☐ ஆம் はい → ☐ மருந்து 薬 ☐ உணவு 食べ物 ☐ மற்றவை その他 ☐ இல்லை いいえ			
நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでいる薬はありますか			
☐ ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください ☐ இல்லை いいえ			
மயக்க மருந்து மூலம் நீங்கள் எப்போதாவது சிரமப்பட்டிருக்கிறீர்களா? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
உங்களுக்கு எப்போதாவது ஒரு பல் அகற்றப்பட்டிருக்கிறதா? 歯を抜いたことがありますか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா அல்லது கர்ப்பம் தரிக்க வாய்ப்பு உள்ளதா? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
☐ ஆம் はい → _____ மாதங்கள் ヶ月 ☐ இல்லை いいえ			
நீங்கள் தற்போது தாய்ப்பால் கொடுக்கிறீர்களா? 授乳中ですか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
இதற்கு முன்பு உங்களுக்கு என்ன நோய்கள் இருந்தன? 今までにかかった病気はありますか			
☐ வயிறு மற்றும் குடல் கோளாறு 胃腸の病気	☐ கல்லீரல் நோய் 肝臓の病気	☐ இருதய நோய் 心臓の病気	
☐ சிறுநீரக நோய் 腎臓の病気	☐ காசநோய் 結核	☐ சர்க்கரை நோய் 糖尿病	
☐ உயர் இரத்த அழுத்தம் 高血圧症	☐ எய்ட்ஸ்/எச்.ஐ.வி எய்ஸ்		☐ காசம் ぜんそく
☐ தைராய்டு பிரச்சனைகள் 甲状腺の病気	☐ சிபிலிஸ் 梅毒	☐ மற்றவை その他	
நீங்கள் தற்போது மருத்துவ சிகிச்சையில் இருக்கிறீர்களா? 現在治療している病気はありますか		☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ	
சிகிச்சைக்கான உங்கள் விருப்பத்தேர்வுகள் 治療に対する希望			
☐ எனது பல் பிரச்சனைகள் அனைத்தையும் சரிசெய்ய விரும்புகிறேன். 悪いところは全て治したい			
☐ நான் இப்போது வலிக்கின்ற பற்களுக்கு மட்டுமே சிகிச்சை பெற விரும்புகிறேன். 今痛い歯だけを治したい			
☐ முழுத் தொகையையும் செலுத்துவேன். 自費診療でもかまわない			
☐ எனது உடல்நலக் காப்பீட்டுத் தொகை வரம்புக்குள் சிகிச்சை பெற விரும்புகிறேன். 保険の範囲内で治したい			
☐ மருத்துவருடன் கலந்தாலோசித்த பிறகே சிகிச்சையை முடிவு செய்ய விரும்புகிறேன். 相談して決めたい			
உங்களின் அடுத்த வருகைக்கு நீங்களே ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை ஏற்பாடு செய்ய முடியுமா? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
☐ ஆம் はい ☐ இல்லை いいえ			