

கண் மருத்துவம் கேள்வித்தாள்

がん 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		<input type="checkbox"/> ஆண் 男 <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> இல்லை いいえ	
நாட்டுரிமை 国籍	மொழி 言葉	

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன? どうしましたか

<input type="checkbox"/> வலது புறம் 右眼	<input type="checkbox"/> இடது புறம் 左眼	<input type="checkbox"/> இருபுறமும் 両眼	<input type="checkbox"/> கிழித்தல் 涙が出る
<input type="checkbox"/> வலி 痛い	<input type="checkbox"/> சளி வெளியேற்றம் 目やに	<input type="checkbox"/> வீக்கம் はれもの	<input type="checkbox"/> அரிப்பு かゆい
<input type="checkbox"/> கண்ணில் ஏதோ ஒட்டிக்கொண்டது ゴロゴロする	<input type="checkbox"/> மங்கலான பார்வை 見えにくい	<input type="checkbox"/> ஒளி உணர்திறன் まぶしい	<input type="checkbox"/> மற்றவை その他
<input type="checkbox"/> இரட்டை பார்வை 物が二重に見える			

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

<input type="checkbox"/> வயிறு மற்றும் குடல் கோளாறு 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> கல்லீரல் நோய் 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> இருதய நோய் 心臓の病気
<input type="checkbox"/> சிறுநீரக நோய் 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> சர்க்கரை நோய் 糖尿病	<input type="checkbox"/> காசம் ぜんそく
<input type="checkbox"/> உயர் இரத்த அழுத்தம் 高血圧症	<input type="checkbox"/> எய்ட்ஸ்/எச்.ஐ.வி エイズ	
<input type="checkbox"/> தைராய்டு பிரச்சனைகள் 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> சிபிலிஸ் 梅毒	<input type="checkbox"/> 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がありますか

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

