

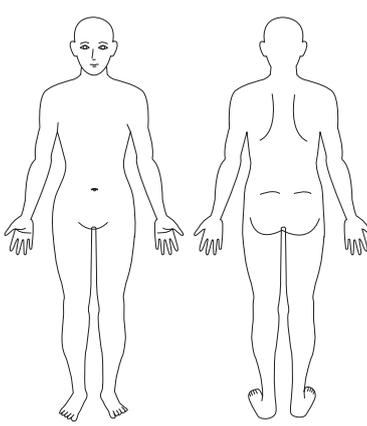
# அறுவை சிகிச்சை கேள்வித்தாள்

け 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		<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	 <p>படத்தில் வட்டமிடுங்கள் 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> காய்ச்சல் ( °C) 熱がある <input type="checkbox"/> அடிவயிற்று வலி お腹が痛い <input type="checkbox"/> காயம் けが <input type="checkbox"/> எரிப்பு やけど <input type="checkbox"/> கட்டி しこり <input type="checkbox"/> உணர்வின்மை しびれ <input type="checkbox"/> சுளுக்கு ちねった <input type="checkbox"/> எடை இழப்பு 体重が減っている <input type="checkbox"/> அரிப்பு かゆい <input type="checkbox"/> பித்தப்பை கல் 胆石 <input type="checkbox"/> வீக்கம் 腫れ <input type="checkbox"/> மூலநோய் 痔 <input type="checkbox"/> இரத்தம் தோய்ந்த மலம் 血便 <input type="checkbox"/> தொண்டை (தேராய்டு சுரப்பி) のど(甲状腺) <input type="checkbox"/> குடலிறக்கம் 脱腸(ヘルニア) <input type="checkbox"/> மற்றவை その他 <hr/> <input type="checkbox"/> கழுத்து 首 <input type="checkbox"/> நுரையீரல் 肺 <input type="checkbox"/> மாற்பகம் 乳房 <input type="checkbox"/> வயிறு 胃 <input type="checkbox"/> தொப்புள் へそ <input type="checkbox"/> 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 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	
<input type="checkbox"/> ஆம் はい → <input type="checkbox"/> மருந்து 薬 <input type="checkbox"/> உணவு 食べ物 <input type="checkbox"/> மற்றவை その他 <input type="checkbox"/> இல்லை いいえ	
நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> ஆம் はい → _____ மாதங்கள் ヶ月 <input type="checkbox"/> இல்லை いいえ	
நீங்கள் தற்போது தாய்ப்பால் கொடுக்கிறீர்களா? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> 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"/> காசநோய் 結核 <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. எய்ட்ஸ் <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> தேராய்டு 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	<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> இல்லை いいえ
நீங்கள் எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> இல்லை いいえ
உங்களுக்கு எப்போதாவது இரத்தம் செலுத்தப்பட்டுள்ளதா? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> இல்லை いいえ
உங்களிடம் முந்தைய எண்டோஸ்கோப் உள்ளதா? 内視鏡フィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> 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〉