

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

<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"/> 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

## 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