

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