

# நரம்பியல் அறுவை சிகிச்சை

のうしんけいぶつ かもんしんひょう  
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  |  | <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

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? 頭をぶつきましたか

ஆம் はい → \_\_\_\_\_ மாதம் 年 \_\_\_\_\_ நாள் 月 \_\_\_\_\_ நாள் 日から  இல்லை いいえ

உங்கள் தலையின் எந்த பகுதி? どこをぶつきましたか

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 スキンズキン  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? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> வயிறு மற்றும் குடல் கோளாறு <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> கல்லீரல் நோய் <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> இருதய நோய் <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> சிறுநீரக நோய் <small>しんぞう びょうき</small> 腎臓の病気              | <input type="checkbox"/> காசநோய் <small>けっかく</small> 結核               | <input type="checkbox"/> சர்க்கரை நோய் <small>とうようびょう</small> 糖尿病  |
| <input type="checkbox"/> உயர் இரத்த அழுத்தம் <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症         | <input type="checkbox"/> எய்ட்ஸ்/எச்.ஐ.வி <small>エイズ</small> AIDS     | <input type="checkbox"/> காசம் <small>ぜんそく</small> ぜんそく            |
| <input type="checkbox"/> தைராய்டு பிரச்சனைகள் <small>こうじょうせん びょうき</small> 甲状腺の病気   | <input type="checkbox"/> சிபிலிஸ் <small>はいどく</small> 梅毒              | <input type="checkbox"/> மற்றவை <small>その他</small> その他             |

நீங்கள் தற்போது மருத்துவ சிகிச்சையில் இருக்கிறீர்களா? げんざいちりよう びょうき 現在治療している病気はありますか ஆம் はい இல்லை いいえ

தாங்கள் மது அருந்துவீர்களா? さけ の お酒を飲みますか ஆம் はい → \_\_\_ ml/ஒரு நாள் ml/日 இல்லை いいえ

நீங்கள் புகை பிடிப்பீர்களா? たばこ たばこを吸いますか ஆம் はい → \_\_\_ சிகரெட்/ஒரு நாள் 本/日 இல்லை いいえ

நீங்கள் எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? しゆじゆつう 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? ますい なに 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? こんごうやく じぶん 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

