

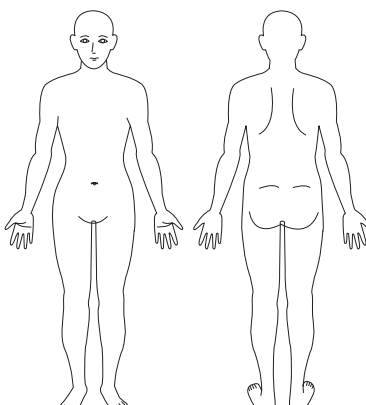
எலும்பியல் கேள்வித்தாள்

せいけいげかもんしんひょう
整形外科問診票

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"/> வலி 痛み <input type="checkbox"/> காயம் けが <input type="checkbox"/> எரிப்பு やけど <input type="checkbox"/> கட்டி しこり <input type="checkbox"/> வீக்கம் はれもの <input type="checkbox"/> அரிப்பு かゆい <input type="checkbox"/> உணர்வின்மை しびれ <input type="checkbox"/> சுளுக்கு ひねった <input type="checkbox"/> எடை இழப்பு 体重が減っている <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 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 | <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 |
| 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 | |
| <input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> இல்லை いいえ | |