

குழந்தை மருத்துவம் கேள்வித்தாள்

小児科問診票

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

குழந்தையின் பெயர் 子どもの名前	<input type="checkbox"/> ஆண் 男 <input type="checkbox"/> பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日
முகவரி 住所	_____ தொலைபேசி 電話
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?(உங்கள் குழந்தை) どうしましたか

<input type="checkbox"/> காய்ச்சல்(<input type="checkbox"/> °C 熱がある	<input type="checkbox"/> தொண்டை வலி のどが痛い	<input type="checkbox"/> இருமல் せき	<input type="checkbox"/> பிடிப்பு ひきつけをおこす
<input type="checkbox"/> தாழ்வு மனப்பான்மை 元気がない	<input type="checkbox"/> எரிச்சலடைகின்ற 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> அடிவயிற்று வலி お腹が痛い	<input type="checkbox"/> வாந்தி 嘔吐
<input type="checkbox"/> வீக்கம் むくみ	<input type="checkbox"/> தலைவலி 頭が痛い	<input type="checkbox"/> வயிற்று வலி 胃が痛い	<input type="checkbox"/> மற்றவை その他
<input type="checkbox"/> நெஞ்சு வலி 胸が痛い	<input type="checkbox"/> சொறி 発しん	<input type="checkbox"/> போதுமான எடை அதிகரிப்பு 体重の増加不良	
<input type="checkbox"/> பசியின்மை 食欲がない	<input type="checkbox"/> குமட்டல் 吐き気	<input type="checkbox"/> இரத்தம் தோய்ந்த மலம் 血便	
<input type="checkbox"/> வயிற்றுப்போக்கு 下痢			

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 முட்டை 卵 பால் 牛乳 மற்ற உணவு その他の食べ物 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

எந்த வகையான உள் மருந்துகளை நீங்கள் எடுக்கலாம்? どんな種類の薬が飲めますか

சிரப் シロップ தூள் 粉薬 மாத்திரை அல்லது காப்சூல் 錠剤またはカプセル

பிரசவம் எப்படி இருந்தது? 出産の時のようす

குழந்தையின் எடை _____ 赤ちゃんの体重 தாயின் வயது _____ 母親の年齢
 சாதாரண பிரசவம் 正常分娩 অசாதாரண பிரசவம் 異常分娩 அறுவைசிகிச்சை பிரசவம் 帝王切開

தடுப்பூசி (வரலாறு) 接種済み予防接種

ஹிப்(ஹீமோபிலஸ் இன்ஃபுயென்சா வகை b) ヒブ நிமோகோகஸ் 肺炎球菌 போலியோ ポリオ
 டிப்டீரியா (மூன்று கூட்டு தடுப்பூசி) 三種混合
 டிப்டீரியா-ஐபிவி (டிஃப்டீரியா, பெர்டுசிஸ், டெட்டனஸ், செயலிழந்த போலியோ வைரஸ் தடுப்பூசி) 四種混合
 பி.சி.ஜி BCG தட்டம்மை-ரூபெல்லா தடுப்பூசி(எம்ஆர்) 麻疹・風しん混合 சின்னம்மை 水ぼうそう
 அம்மைக்கட்டு நோய்/பொன்னுக்கு வீங்கி おたふく風邪 ஜப்பானிய முளையழற்சி 日本脳炎
 ரோட்டா வைரஸ் 口タウウイルス மற்றவை その他

இதற்கு முன்பு உங்களுக்கு என்ன நோய்கள் இருந்தன? 今までにかかった病気はありますか

ரூபெல்லா 風しん சின்னம்மை 水ぼうそう தட்டம்மை 麻疹 காசம் ぜんそく
 அம்மைக்கட்டு நோய்/பொன்னுக்கு வீங்கி おたふく風邪 கக்குவான் இருமல் 百日ぜき
 குடல்வாழற்சி 虫垂炎 MCLS (கவாசாகி நோய்) 川崎病 திடீர் எக்சாந்தேமா 突発性発しん
 ஜப்பானிய முளையழற்சி 日本脳炎 வலிப்புத்தாக்கங்கள் 熱性けいれん 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 <small>しゆじゆつう</small> 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 <small>ますい</small> をして何か <small>なに</small> 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 <small>こうご つうやく</small> を自分で <small>じぶん</small> 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	

〈2/2ページ〉