

แบบสอบถามอาการแพนกจักษ

がん かもんしんひょう
眼科問診票ภาษาไทย
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน ๔ ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปี 年

เดือน 月

วันที่ 日

ชื่อและนามสกุล 名前		<input type="checkbox"/> ชาย 男	<input type="checkbox"/> หญิง 女
วันเดือนปีเกิด 生年月日	_____ ปี 年 _____ เดือน 月 _____ วันที่ 日	เบอร์โทรศัพท์ 電話	
ที่อยู่ 住所			
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> มี はい	<input type="checkbox"/> ไม่มี いいえ	
สัญชาติ 国籍	ภาษา 言葉		

มีอาการอย่างไร どうしましたか			
<input type="checkbox"/> ตาขวา 右眼	<input type="checkbox"/> ตาซ้าย 左眼	<input type="checkbox"/> ทั้งสองข้าง 両眼	<input type="checkbox"/> น้ำตาไหล 涙が出る
<input type="checkbox"/> ปวด 痛い	<input type="checkbox"/> ขี้ตา 目やに	<input type="checkbox"/> ตาบวม 是れもの	
<input type="checkbox"/> เคืองตา ゴロゴロする	<input type="checkbox"/> มองเห็นไม่ถนัด 見えにくい		
<input type="checkbox"/> มองเห็นของซ้อนกัน 物が二重に見える	<input type="checkbox"/> แสบตา まぶしい	<input type="checkbox"/> อื่นๆ その他	
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ どれはいつからですか			
_____ ตั้งแต่ปี 年 _____ เดือน 月 _____ วันที่ 日 日から			
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> เคย はい → <input type="checkbox"/> ยา 薬 <input type="checkbox"/> อาหาร 食べ物 <input type="checkbox"/> อื่นๆ その他	<input type="checkbox"/> ไม่เคย いいえ		
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> กิน はい → โปรดแสดงยาที่กิน 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> ไม่ได้กิน いいえ		
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่ 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ はい → _____ เดือน 月	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตั้งครรภ์ いいえ		
ให้นมบุตรอยู่หรือไม่ 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ให้ はい	<input type="checkbox"/> ไม่ ให้ いいえ	
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> เคย はい	<input type="checkbox"/> ไม่เคย いいえ	
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> โรคตับ 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> โรคไต 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> วัณโรค 結核	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน 糖尿病	
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง 高血圧症	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ エイズ	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ 甲状腺の病気	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ その他	<input type="checkbox"/> ซิฟิลิส 梅毒		
ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่ 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> มี はい	<input type="checkbox"/> ไม่มี いいえ	
ในครอบครัวของคุณมีผู้ป่วยเป็นโรคตาหรือไม่ 家族で目の病気の人がありますか			
<input type="checkbox"/> มี いる → ใคร 誰が _____ โรคอะไร どれはどんな病気ですか _____			
<input type="checkbox"/> ไม่มี いない			
ครั้งต่อไป สามารถนำลามาเองได้หรือไม่ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> ได้ はい	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ いいえ		