

แบบสอบถามอาการแพนคลีัยกรรม

け か もんしんひょう
外科問診票

ภาษาไทย
タイ語

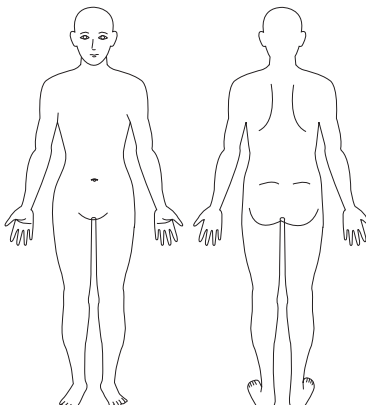
กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. ^{ねん} 年

เดือน ^{がつ} 月

วันที่ ^{にち} 日

ชื่อและนามสกุล ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> ชาย ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> หญิง ^{おんな} 女
วันเดือนปีเกิด ^{せいねんがらび} 生年月日	ปีพ.ศ. ^{ねん} 年	เดือน ^{がつ} 月	วันที่ ^{にち} 日	เบอร์โทรศัพท์ ^{でんわ} 電話
ที่อยู่ ^{じゅうしょ} 住所				
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> มี ^{はい} はい	<input type="checkbox"/> ไม่มี ^{いいえ} いいえ		
สัญชาติ ^{こくせき} 国籍	ภาษา ^{ことば} 言葉			

มีอาการอย่างไร ^{どうしましたか} どうしましたか	โปรดทำเครื่องหมายวงกลมตรงที่มีอาการอย่างไร ^{しょうじょう} 症状のあるところに丸をしてください	
<input type="checkbox"/> ไม่มี (^{おんか} องศา) ^{あつがある} 熱がある <input type="checkbox"/> ปวดท้อง ^{おなかが痛い} お腹が痛い <input type="checkbox"/> บาดแผล ^{けが} けが <input type="checkbox"/> ผลลวด ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> แข็งเป็นปมก้อน ^{しこり} しこり <input type="checkbox"/> เป็นเหน็บ ^{しびれ} しびれ <input type="checkbox"/> เคล็ด ^{ひねった} ひねった <input type="checkbox"/> น้ำหนักลดลง ^{たいじゅうがへ} 体重が減っている <input type="checkbox"/> คัน ^{かゆい} かゆい <input type="checkbox"/> นิ่ว ^{たんせき} 胆石 <input type="checkbox"/> บวม ^{はれ} 腫れ <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร ^じ 痔 <input type="checkbox"/> อุจจาระเป็นเลือด ^{けつべん} 血便 <input type="checkbox"/> คอ ^{のど} (甲状腺) ^{こうじょうせん} (甲状腺) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ^{その他} その他		
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ ^{それはいつからですか} それはいつからですか		
ตั้งแต่ปีพ.ศ. ^{ねん} 年	เดือน ^{がつ} 月	วันที่ ^{にち} 日
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ ^{くすり たべもの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか		
<input type="checkbox"/> เคย ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> ยา ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> อาหาร ^{たべもの} 食べ物 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ^{その他} その他 <input type="checkbox"/> ไม่เคย ^{いいえ} いいえ		
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ ^{げんざい} 現在飲んでいる薬はありますか		
<input type="checkbox"/> กิน ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> ขนุนี้ถ้ามียานั้นอยู่ขอดูหน่อย ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> ไม่ให้ ^{いいえ} いいえ		
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ อาจมีครรภ์หรือไม่ ^{にんしん} 妊娠していますか、またその可能性はありますか		
<input type="checkbox"/> มี ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> เดือน ^{かげつ} ヶ月 <input type="checkbox"/> ไม่มี ^{いいえ} いいえ		
ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ ^{じゅうちゅう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ให้ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ ^{いいえ} いいえ	
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง ^{いま} 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ ^{いちょう} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> โรคตับ ^{かんぞう} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ ^{しんぞう} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> โรคไต ^{じんぞう} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> วัณโรค ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน ^{とうようびょう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> โรคต่อมธัยรอยด์ ^{こうじょうせん} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส ^{はいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ^{その他} その他		
ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ ^{げんざい} 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> ให้ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ ^{いいえ} いいえ	
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ^{しゅじゅつ} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ให้ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ ^{いいえ} いいえ	
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ ^{ゆけつ} 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ให้ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ ^{いいえ} いいえ	
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> ให้ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ ^{いいえ} いいえ	
คำถามสำหรับผู้ที่มีใบมอบส่งตัวจากแพทย์ ^{しょうかいじょう} 紹介状のある方だけ書いてください		
มีฟิล์มเอกซเรย์หรือไม่ ^{レントゲン} レントゲンフィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> ให้ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ ^{いいえ} いいえ	
มีฟิล์มของการส่องกล้องตรวจภายในหรือไม่ ^{ないしきょう} 内視鏡フィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> ให้ ^{はい} はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ ^{いいえ} いいえ	

ต่อไปนีื้ หาร่ามพามาเองได้ หรือไมื้ こんご づうやく しぶん づ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

ให้ はい

ไมื้ให้ いいえ

<2/2ページ>