

แบบสอบถามอาการแพนคัสลายกรรม

げ かもんしんひょう
外科問診票

ภาษาไทย
タイ語

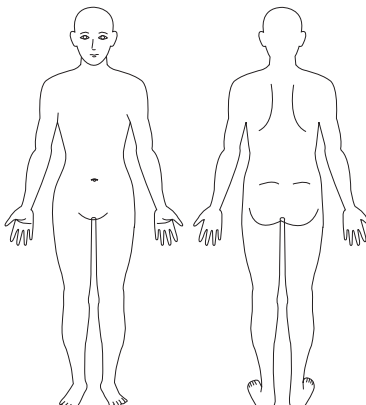
กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน ☑ ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปี ^{ねん}

เดือน ^{がつ}

วันที่ ^{にち}

ชื่อและนามสกุล ^{なまえ} 名前		<input type="checkbox"/> ชาย ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> หญิง ^{おんな} 女
วันเดือนปีเกิด ^{せいねんからび} 生年月日	_____ ปี ^{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} 是	<input type="checkbox"/> ไม่มี ^{いいえ} 否	
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	โปรดทำเครื่องหมายวงกลมตรงที่มีอาการ ^{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"/> ไม่มีไข้ (^{おたけ} 熱がある) <input type="checkbox"/> ปวดท้อง ^{おなかがいたい} お腹が痛い <input type="checkbox"/> บาดแผล ^{けが} けが	
<input type="checkbox"/> แผลพุพอง ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> มีก้อนเนื้อแข็ง ^{しこり} しこり <input type="checkbox"/> เหน็บชา ^{しびれ} しびれ	
<input type="checkbox"/> เคล็ด ขัดยอก ^{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"/> อูจจาระเป็นเลือด ^{けつべん} 血便 <input type="checkbox"/> คอ (ต่อมไทรอยด์) ^{こうじょうせん} のど (甲状腺)	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ^{その他} その他	
<input type="checkbox"/> คอ ^{くび} 首 <input type="checkbox"/> ปอด ^{はい} 肺 <input type="checkbox"/> เต้านม ^{にゅうぼう} 乳房	
<input type="checkbox"/> ภาวะเพาะอาหาร ^い 胃 <input type="checkbox"/> สะตือ ^{へそ} へそ <input type="checkbox"/> ลำไส้ ^{ちよう腸} 腸	
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ ^{それはいつからですか} それはいつからですか	
_____ ตั้งแต่ปี ^{ねん} 年 _____ เดือน ^{がつ} 月 _____ วันที่ ^{にち} 日から	
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ ^{くすりやたべもの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> เคย ^{はい} 是 → <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} 否	
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} 是 → โปรดแสดงยาที่กิน ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> ไม่ได้กิน ^{いいえ} 否	
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่ ^{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"/> ตั้งครรภ์ ^{はい} 是 → _____ เดือน ^{かげつ} ヶ月 <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตั้งครรภ์ ^{いいえ} 否	
ให้นมบุตรอยู่หรือไม่ ^{じゆうちゆう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ให้ ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> ไม่ให้ ^{いいえ} 否
เคยป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ ^{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 ^{けつかく} 結核 <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน ^{とうようびょう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> หอบหืด ^{ぜんそく} ぜんそく	
<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"/> โรคต่อมไทรอยด์ ^{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	
ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่ ^{げんざい} 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> มี ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> ไม่มี ^{いいえ} 否
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ^{しゆじゆつ} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> เคย ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> ไม่เคย ^{いいえ} 否
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ ^{ゆけつ} 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> เคย ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> ไม่เคย ^{いいえ} 否
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"/> เคย ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> ไม่เคย ^{いいえ} 否
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 ^{レントゲンフィルム} レントゲンフィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> มี ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> ไม่มี ^{いいえ} 否
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"/> มี ^{はい} 是 <input type="checkbox"/> ไม่มี ^{いいえ} 否

ครั้งที่ไป สามารถนำล่ามมาเองได้หรือไม่ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

ได้ はい

ไม่ได้ いいえ

〈2/2ページ〉