

แบบสอบถามอาการแพนทหู จมูก ลำคอ

じびいんこう かもんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票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 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"/> มีไข้ (_____ องศา) 熱がある	<input type="checkbox"/> รู้สึกหนักศีรษะ 頭が重い		
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ 頭が痛い			
อาการทางหู 耳の症状			
<input type="checkbox"/> ข้างขวา 右	<input type="checkbox"/> ข้างซ้าย 左	<input type="checkbox"/> ทั้งสองข้าง 両方	<input type="checkbox"/> ปวดหู 耳が痛い
<input type="checkbox"/> หูเป็นน้ำหนอง 耳だれ	<input type="checkbox"/> หูอื้อ 耳なり	<input type="checkbox"/> ขี้หู 耳あか	<input type="checkbox"/> เวียนศีรษะ めまい
<input type="checkbox"/> ฟังไม่ค่อยชัด 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> รู้สึกหูตึง 耳がふさがった感じ		
อาการทางจมูก 鼻の症状			
<input type="checkbox"/> คัดจมูก 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> น้ำมูกไหล 鼻がでる	<input type="checkbox"/> จาม くしゃみ	<input type="checkbox"/> เลือดกำเดา 鼻血
<input type="checkbox"/> กรน いびき	<input type="checkbox"/> ไม่ได้กลิ่น においがわからない		
อาการทางคอ 喉の症状			
<input type="checkbox"/> เจ็บลิ้น 舌が痛い	<input type="checkbox"/> เจ็บคอ 喉が痛い	<input type="checkbox"/> ไอ せき	<input type="checkbox"/> เสมหะ たん
<input type="checkbox"/> รู้สึกมีอะไรจุกคอ 喉に何かある感じ		<input type="checkbox"/> เสียงแหบ 声がかわる	
<input type="checkbox"/> กลืนไม่ค่อยได้ 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> หน้าบวม คอบวม 顔・頸部(くび)の腫れ		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ その他			
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ どれはいつからですか	_____ ตั้งแต่ปี 年 _____ เดือน 月 _____ วันที่ 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"/> ไม่ให้ いいえ
ดื่มเหล้าหรือไม่ お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> ดื่ม はい → _____ วันละ/ม.ล. ml/日	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม いいえ	
สูบบุหรี่หรือไม่ たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> สูบ はい → _____ วันละ/มวน 本/日	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ いいえ	
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> เคย はい	<input type="checkbox"/> ไม่เคย いいえ
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ 輸血を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> เคย はい	<input type="checkbox"/> ไม่เคย 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
ครั้งต่อไป สามารถนำล่ามมาเองได้หรือไม่ 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		