

แบบสอบถามอาการแพนกวโรคภายใน

ない かもんしんひょう
内科問診票

ภาษาไทย
タイ語

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

ปีพ.ศ. ねん _____

เดือน がつ _____

วันที่ にち _____

ชื่อและนามสกุล <small>なまえ 名前</small>		<input type="checkbox"/> ชาย <small>おとこ 男</small>	<input type="checkbox"/> หญิง <small>おんな 女</small>
วันเดือนปีเกิด <small>せいねんかろび 生年月日</small>	ปีพ.ศ. <small>ねん</small> _____	เดือน <small>がつ</small> _____	วันที่ <small>にち</small> _____
ที่อยู่ <small>じゅうしょ 住所</small>			
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <small>けんこうほけん も 健康保険を持っていますか?</small>	<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>	
สัญชาติ <small>こくさき 国籍</small>	ภาษา <small>ことば 言葉</small>		

มีอาการอย่างไร どうしましたか

<input type="checkbox"/> มีไข้ (<small>なつ</small> 熱がある)	<input type="checkbox"/> เจ็บคอ <small>のどが</small> 痛い	<input type="checkbox"/> ไอ <small>せき</small>	<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <small>あたま</small> 痛い
<input type="checkbox"/> ปวดหน้าอก <small>むね</small> 痛い	<input type="checkbox"/> เป็นผื่นแดง <small>ほっしん</small>	<input type="checkbox"/> หัวใจเต้นเร็ว <small>どうき</small>	<input type="checkbox"/> หายใจหอบ <small>いき</small> 切れ
<input type="checkbox"/> บวม <small>むくみ</small>	<input type="checkbox"/> เวียนศีรษะ <small>めまい</small>	<input type="checkbox"/> แน่นหน้าอก <small>むね</small> 苦しい	<input type="checkbox"/> ปวดท้อง <small>なか</small> 痛い
<input type="checkbox"/> ปวดกระเพาะอาหาร <small>い</small> 痛い	<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつ</small>	<input type="checkbox"/> เป็นเหน็บ <small>しびれ</small>	<input type="checkbox"/> คอแห้ง <small>のど</small> 乾く
<input type="checkbox"/> น้ำหนักลดลง <small>たいじゅう</small> 減っている	<input type="checkbox"/> ท้องอืด, ท้องเฟ้อ <small>なか</small> 張る	<input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร <small>しょくよく</small>	<input type="checkbox"/> อูจจาระเป็นเลือด <small>けつ</small>
<input type="checkbox"/> อาเจียร <small>あせ</small>	<input type="checkbox"/> คลื่นไส้ <small>なげ</small>	<input type="checkbox"/> ท้องเสีย <small>げり</small>	
<input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย <small>だるい</small>	<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่าย <small>つか</small> やすい	<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>	

มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ それはいつからですか

ตั้งแต่ปีพ.ศ. ねん _____ เดือน がつ _____ วันที่ にち _____

เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ くすり た 食物でアレルギーが出ますか

เคย はい → ยา くすり อาหาร た อื่นๆ その他 ไม่เคย いいえ

ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ けんさいの 薬はありますか

กิน はい → ขณะนี้ถ้ามียาน้อยๆ รับประทานอยู่ 持っていれば見せてください ไม่ให้ 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

มี はい → _____ เดือน かげつ ไม่มี いいえ

ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ じゆにゅうちゅう 授乳中ですか

ให้ はい ไม่ให้ いいえ

ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง いままにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <small>いちょう ひょうき</small>	<input type="checkbox"/> โรคตับ <small>かんぞう ひょうき</small>	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <small>しんぞう ひょうき</small>
<input type="checkbox"/> โรคไต <small>じんぞう ひょうき</small>	<input type="checkbox"/> วัณโรค <small>けっかく</small>	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <small>とうにょうびょう</small>
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつしょう</small>	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ <small>こうじょうせん ひょうき</small>
<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>		<input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <small>はいどく</small>

ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ げんさい ちりょう している病気はありますか

ให้ はい ไม่ให้ いいえ

เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ しじゆつ 手術を受けたことがありますか

ให้ はい ไม่ให้ いいえ

เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ ゆけつ 輸血を受けたことがありますか

ให้ はい ไม่ให้ いいえ

ต่อไปนี้จะหาล่ามพามาเองได้ หรือไม่ こんご 通訳を自分で連れてくることができますか

ให้ はい ไม่ให้ いいえ