

แบบสอบถามอาการผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม

内科問診票

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

เดือน

วันที่

ชื่อและนามสกุล	□ชาย □หญิง
วันเดือนปีเกิด	เบอร์โทรศัพท์
ที่อยู่	
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่	□มี □ไม่มี
สัญชาติ	ภาษา

มีอาการอย่างไร		
□ไม่มีไข้ ()	□เจ็บคอ	
□ปวดหน้าอก	□ผื่นแดง	
□บวม	□วิงเวียน	
□ปวดกระเพาะอาหาร	□ความดันโลหิตสูง	
□น้ำหนักลดลง	□ท้องอืด, ท้องเฟ้อ	
□อาเจียน	□คลื่นไส้	
□อ่อนเพลีย	□เหนื่อยง่าย	
□ไอ	□แน่นหน้าอก	
□ปวดศีรษะ	□หอบเหนื่อย	
□หัวใจเต้นเร็ว	□ปวดท้อง	
□เหงื่อออก	□คอแห้ง	
□เหนื่อย	□เบื่ออาหาร	
□ท้องเสีย	□อุจจาระเป็นเลือด	
□อื่นๆ		
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่		
ตั้งแต่ปี เดือน วันที่		
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่		
□เคย	□ยา □อาหาร □อื่นๆ □ไม่เคย	
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่		
□กิน	□โปรดแสดงยาที่กิน □ไม่ได้กิน	
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่		
□ตั้งครรภ์	□ไม่ได้ตั้งครรภ์	
ให้นมบุตรอยู่หรือไม่		
□ให้	□ไม่ให้	
เคยป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่		
□โรคกระเพาะอาหารและลำไส้	□โรคตับ	□โรคหัวใจ
□โรคไต	□วัณโรค	□โรคเบาหวาน
□โรคความดันโลหิตสูง	□โรคเอดส์	□โรคต่อมไทรอยด์
□อื่นๆ		□ซีฟิลิส
ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่		
□มี	□ไม่มี	
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่		
□เคย	□ไม่เคย	
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่		
□เคย	□ไม่เคย	
ครั้งต่อไป สามารถนำลามาเองได้หรือไม่		
□ได้	□ไม่ได้	