

ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง いまま びょうき 今までにかかった病気はありますか

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> โรคตับ <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> โรคไต <small>じんぞう びょうき</small> 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> วัณโรค <small>けっかく</small> 結核 | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <small>とうじょうびょう</small> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <small>エイズ</small> エイズ | <input type="checkbox"/> หิด <small>ぜんそく</small> ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small> その他 | <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ <small>ぞうじょうせん びょうき</small> 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <small>はいどく</small> 梅毒 |

ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ いま ちりょう びょうき 現在治療している病気はありますか

ให้ はい ไม่ให้ いいえ

ดื่มเหล้าหรือไม่ さけ の お酒を飲みますか

ดื่ม はい → _____ วันละ/ม.ล. ml/日 ไม่ดื่ม いいえ

สูบบุหรี่หรือไม่ たばこ たばこを吸いますか

สูบ はい → _____ วันละ/มวน 本/日 ไม่สูบ いいえ

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

ให้ はい ไม่ให้ 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

ให้ はい ไม่ให้ いいえ

ต่อไปนี้ หากถามพามาเองได้ หรือไม่ こんご づうやく じぶん 今後、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