

แบบสอบถามอาการแผนกศัลยกรรมประสาทสมอง

のうしんけいげ かもんしんひょう
脳神経外科問診票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 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"/> ปวดศีรษะ 頭が痛い	<input type="checkbox"/> เวียนศีรษะ めまい	<input type="checkbox"/> คลื่นไส้ 吐き気	<input type="checkbox"/> อาเจียน 嘔吐
<input type="checkbox"/> รู้สึกมีเสียงอื้อในหู 耳鳴り	<input type="checkbox"/> เมื่อยไหล่ 肩こり	<input type="checkbox"/> เหน็บชา しびれ	<input type="checkbox"/> แขนขาเป็นเหน็บชา 手足のふるえ
<input type="checkbox"/> หมดสติ 意識がなくなる	<input type="checkbox"/> ได้ยินเสียงไม่ค่อยชัด 聞こえにくい		
<input type="checkbox"/> มองเห็นไม่ชัด 物が見えにくい	<input type="checkbox"/> เดินไม่สะดวก 歩きにくい		
<input type="checkbox"/> แขนขาเคลื่อนไหวไม่สะดวก 手足の動きが悪い	<input type="checkbox"/> อื่นๆ その他		
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ それはいつからですか	_____ ตั้งแต่ปี 年 _____ เดือน 月 _____ วันที่ 日から		
ศีรษะเคยได้รับการกระทบกระเทือนมาหรือไม่ 頭をぶつけましたか			
<input type="checkbox"/> เคย はい → _____ ปี 年 _____ เดือน 月 _____ วันที่ 日から	<input type="checkbox"/> ไม่เคย いいえ		
ส่วนไหนของศีรษะถูกกระทบกระเทือน どこをぶつけましたか	<input type="checkbox"/> ศีรษะด้านหน้า 前頭部	<input type="checkbox"/> ศีรษะด้านหลัง 後頭部	<input type="checkbox"/> ข้างขวา 右横 <input type="checkbox"/> ข้างซ้าย 左横
เคยเกิดอุบัติเหตุบนถนนหรือไม่ 交通事故ですか	<input type="checkbox"/> เกิด はい <input type="checkbox"/> ไม่เกิด いいえ		
คำถามสำหรับผู้ที่ปวดศีรษะ 頭が痛い方への質問です			
เจ็บตรงไหน どこが痛みますか			
<input type="checkbox"/> ศีรษะด้านหน้า 前頭部	<input type="checkbox"/> ศีรษะด้านหลัง 後頭部	<input type="checkbox"/> ข้างขวา 右横	<input type="checkbox"/> ข้างซ้าย 左横 <input type="checkbox"/> ทั่วทั้งศีรษะ 頭全体
เจ็บอย่างไร どのように痛みますか			
<input type="checkbox"/> เต้นตุบๆตึกๆ ズキンズキン	<input type="checkbox"/> ปวดอย่างรุนแรง ガンガン	<input type="checkbox"/> ปวดเหมือนหัวจะแตก ガーンと割れるように	
<input type="checkbox"/> รู้สึกชา キリキリ	<input type="checkbox"/> ปวดจี๊ดขึ้นมา チクチク	<input type="checkbox"/> อื่นๆ その他	
มีอาการเจ็บมากที่สุดเวลาไหน いつが一番痛いですか			
<input type="checkbox"/> ตอนเช้า 朝	<input type="checkbox"/> ตอนกลางวัน 昼	<input type="checkbox"/> ตอนเย็น 夜	<input type="checkbox"/> ตลอดทั้งวัน 一日中
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		

ที่ผ่านมามีเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง <small>いま ひょうき</small> 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 ひょうき</small> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> โรคไต <small>じんぞう ひょうき</small> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症 <input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>た</small> その他	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็งตับ <small>かんぞう ひょうき</small> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <small>とうじょうびよう</small> 糖尿病 <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ <small>そうじょうせん ひょうき</small> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <small>しんぞう ひょうき</small> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> หอบหืด <small>ぜんそく</small> ぜんそく <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <small>はいどく</small> 梅毒
ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่ <small>いま ちりやう ひょうき</small> 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small> はい <input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small> いいえ
ดื่มเหล้าหรือไม่ <small>さけ</small> お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> ดื่ม <small>はい</small> はい → _____ วันละ/ม.ล. ml/日	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <small>いいえ</small> いいえ
สูบบุหรี่หรือไม่ <small>たばこ</small> たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> สูบ <small>はい</small> はい → _____ วันละ/มวน 本/日	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ <small>いいえ</small> いいえ
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ <small>しゆじゆつ</small> 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> เคย <small>はい</small> はい <input type="checkbox"/> ไม่เคย <small>いいえ</small> いいえ
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ <small>ますい</small> 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> เคย <small>はい</small> はい <input type="checkbox"/> ไม่เคย <small>いいえ</small> いいえ
ครั้งต่อไป สามารถนำล่ามมาเองได้หรือไม่ <small>こんご つうやく じぶん</small> 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 <small>はい</small> はい <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <small>いいえ</small> いいえ		