

## แบบสอบถามแผนกศัลยกรรมกระดูก

せいけいげ かもんしんひょう  
整形外科問診票ภาษาไทย  
タイ語

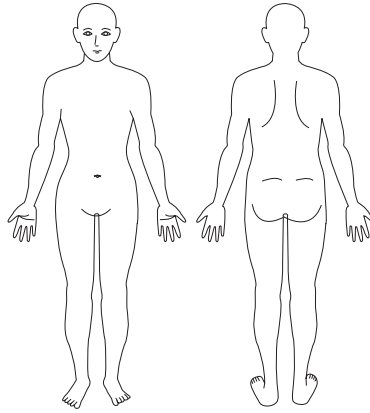
กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน ๔ ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้

ปี

เดือน

วันที่

ชื่อและนามสกุล	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
วันเดือนปีเกิด	ปี	เดือน	วันที่	เบอร์โทรศัพท์	
ที่อยู่					
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่	健康保険を持っていますか?			<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
สัญชาติ	ภาษา				

มีอาการอย่างไร	โปรดทำเครื่องหมายวงกลมตรงที่มีอาการ			
<input type="checkbox"/> มีไข้ ( ) <input type="checkbox"/> บาดแผล <input type="checkbox"/> มีก้อนเนื้อแข็ง <input type="checkbox"/> คัน <input type="checkbox"/> แคล็ด ขัดยอก <input type="checkbox"/> อื่นๆ	症状のあるところに丸をしてください 			
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่				
ตั้งแต่ปี	เดือน	วันที่		
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่				
<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ยา	<input type="checkbox"/> อาหาร	<input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่				
<input type="checkbox"/> กิน	<input type="checkbox"/> โปรดแสดงยาที่กิน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้กิน		
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่				
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตั้งครรภ์			
ให้นมบุตรอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ให้	<input type="checkbox"/> ไม่ให้		
เคยป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่				
<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> โรคตับ <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> หอบหืด <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส		
ปัจจุบันมีโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี		
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย		
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย		
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย		
ครั้งต่อไป สามารถนำลามาเองได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> ได้		<input type="checkbox"/> ไม่ได้	