

แบบสอบถามอาการแพนคัลยกรรมกระดูก

せいけい げ か もんしん ひょう
整形外科問診票

ภาษาไทย
タイ語

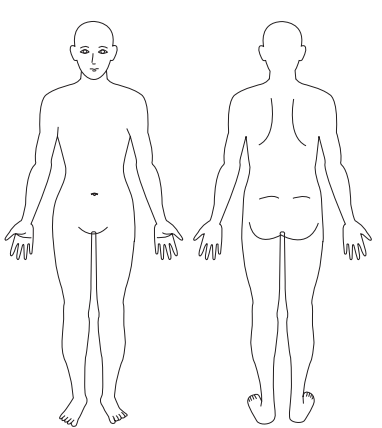
กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. ねん 年

เดือน がつ 月

วันที่ にち 日

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>せいねんがつび 生年月日</small>	ปีพ.ศ. <small>ねん</small> 年 _____ เดือน <small>がつ</small> 月 _____ วันที่ <small>にち</small> 日 _____
ที่อยู่ <small>じゅうしょ 住所</small>	เบอร์โทรศัพท์ <small>でんわ 電話</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 <small>どうしましたか</small>	โปรดทำเครื่องหมายวงกลมตรงที่มีอาการอย่างไรได้ <small>しやうじょう 症状のあるところに丸をしてください</small>
<input type="checkbox"/> มีไข้ (<small>ねつ</small> 熱) <small>ある</small> <input type="checkbox"/> บาดแผล <small>けが</small> <input type="checkbox"/> แฉกเป็นปมก้อน <small>しこり</small> <input type="checkbox"/> คัน <small>かゆい</small> <input type="checkbox"/> เคล็ด <small>ひねった</small> <input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>	
<input type="checkbox"/> เจ็บ <small>いた</small> <small>痛み</small> <input type="checkbox"/> แผลลวก <small>やけど</small> <input type="checkbox"/> บวม <small>はれもの</small> <input type="checkbox"/> เป็นเหน็บ <small>しびれ</small> <input type="checkbox"/> น้ำหนักลดลง <small>たいじゅう 体重が減っている</small>	
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ <small>それはいつからですか</small>	
_____ ตั้งแต่ปีพ.ศ. <small>ねん</small> 年 _____ เดือน <small>がつ</small> 月 _____ วันที่ <small>にち</small> 日から	
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ <small>くすり たの もの 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</small>	
<input type="checkbox"/> เคย <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> ยา <small>くすり 薬</small> <input type="checkbox"/> อาหาร <small>たの もの 食べ物</small> <input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small> <input type="checkbox"/> ไม่เคย <small>いいえ</small>	
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ <small>げんざい の ぐすり 現在飲んでいる薬はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> กิน <small>はい</small> → <small>ขณะนี้ถ้ามียานั้นอยู่ขอคุณอย</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>	
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ อาจมีครรภ์หรือไม่ <small>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</small>	
<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small> → _____ เดือน <small>かげつ</small> ヶ月 <input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>	
ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ <small>じゆうちゅう 授乳中ですか</small>	<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง <small>いまま でにかかった 病気はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <small>いちょう びょうき 胃腸の病気</small> <input type="checkbox"/> โรคไต <small>じんぞう びょうき 腎臓の病気</small> <input type="checkbox"/> วัณโรค <small>けっかく 結核</small> <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつしやう 高血圧症</small> <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <small>エイズ</small> <input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>	<input type="checkbox"/> โรคตับ <small>かんぞう びょうき 肝臓の病気</small> <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <small>とうようびょう 糖尿病</small> <input type="checkbox"/> โรคต่อมธัยรอยด์ <small>こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気</small>
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <small>しんぞう びょうき 心臓の病気</small> <input type="checkbox"/> หืด <small>ぜんそく</small> <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <small>はいどく 梅毒</small>	
ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ <small>げんざい の ちりょう 現在治療している病気はありますか</small>	<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ <small>しじゆつ 手術を受けたことがありますか</small>	<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ <small>くわつ 輸血を受けたことがありますか</small>	<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ <small>ますい 麻酔をして何かトラブルがありましたか</small>	<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
ต่อไปนี้จะหาล่ามพามาเองได้ หรือไม่ <small>こんご 通訳を自分で連れてくることができますか</small>	
<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>	