

ແບບສອບຖາມພະແນກພະຍາດຂ້າງໃນ

ない か もんしんひょう
内科問診票

ພາສາລາວ
ラオス語

ຂໍໃດທີ່ຖືກກັບອາການເຈັບປ່ວຍຂອງທ່ານໃຫ້ຫມາຍ ໃສ່ແບບນີ້, あてはまるものにチェックしてください

ປີ ねん

ເດືອນ がつ

ວັນທີ にち

ຊື່ <small>なまえ</small> 名前		<input type="checkbox"/> ຊາຍ <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> ຍິງ <small>おんな</small> 女
ວັນເດືອນປີເກີດ <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	_____ ປີ <small>ねん</small> 年	_____ ເດືອນ <small>がつ</small> 月	_____ ວັນທີ <small>にち</small> 日
ບ່ອນຢູ່ <small>じゅうしょ</small> 住所			
ມີບັດປະກັນສຸຂະພາບບໍ່ <small>けんこうほけんも</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ມີ <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <small>いいえ</small>	
ສັນຊາດ <small>こくせき</small> 国籍		ພາສາ <small>ことば</small> 言葉	

ມີອາການແນວໃດ <small>どうしましたか</small>			
<input type="checkbox"/> ມີໄຂ້ (<small>ねつ</small> ອົງສາເຊ) 熱がある	<input type="checkbox"/> ເຈັບຄໍ <small>いた</small> のどが痛い	<input type="checkbox"/> ໄອ <small>せき</small> せき	<input type="checkbox"/> ເຈັບຫົວ <small>あたま</small> 頭が痛い
<input type="checkbox"/> ເຈັບໜ້າເອິກ <small>むね</small> 胸が痛い	<input type="checkbox"/> ພິດຜິ່ນ <small>ぼっしん</small> 発しん	<input type="checkbox"/> ຫົວໃຈເຕັ້ນໄວ <small>どうき</small> 動悸	<input type="checkbox"/> ຫົວໃຈເຕັ້ນໄວ (ຫອບ) <small>いきぎれ</small> 息切れ
<input type="checkbox"/> ເປັນບວມ <small>むくみ</small>	<input type="checkbox"/> ໜ້າມືດ, ເປັນວິນ <small>めまい</small>	<input type="checkbox"/> ຮູ້ສຶກແໜ້ນໜ້າເອິກ <small>むね</small> 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> ເຈັບທ້ອງ <small>なか</small> お腹が痛い
<input type="checkbox"/> ເຈັບກະເພາະ <small>い</small> 胃が痛い	<input type="checkbox"/> ຄວາມດັນເລືອດສູງ <small>こうけつあつ</small> 高血圧	<input type="checkbox"/> ມືດ, ລ່ອຍ <small>しびれ</small>	<input type="checkbox"/> ບາກແຫ້ງ <small>くち</small> 口が渇く
<input type="checkbox"/> ນ້ຳໜັກຫຼຸດລົງ <small>たいじゅう</small> 体重が減っている		<input type="checkbox"/> ທ້ອງອິດ <small>なか</small> お腹が張る	<input type="checkbox"/> ບໍ່ຢາກອາຫານ <small>しょくよく</small> 食欲がない
<input type="checkbox"/> ຮາກ(ອາຈຽນ) <small>なげ</small> 嘔吐	<input type="checkbox"/> ຮູ້ສຶກບວດຮາກ <small>はきけ</small> 吐き気	<input type="checkbox"/> ທ້ອງຂີ້ຮາກ <small>げり</small> 下痢	<input type="checkbox"/> ຖ່າຍໜັກເປັນເລືອດ <small>けつべん</small> 血便
<input type="checkbox"/> ເມື່ອຍ, ເພຍ <small>だるい</small>	<input type="checkbox"/> ເມື່ອຍງ່າຍ <small>つか</small> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <small>その他</small>	
ເລີ່ມແຕ່ເມື່ອໃດ <small>それはいつからですか</small>			
_____ ປີ <small>ねん</small> 年 _____ ເດືອນ <small>がつ</small> 月 _____ ວັນທີ <small>にち</small> 日			
ເຄີຍເປັນພູມແພ້ຢາຫຼືອາຫານບໍ່ <small>くすり た もの</small> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> ເຄີຍ <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> ຢາ <small>くすり</small> 薬 <input type="checkbox"/> ອາຫານ <small>た もの</small> 食べ物 <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <small>その他</small> その他 <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <small>いいえ</small> いいえ			
ຊ່ວງນີ້ມີຢາທີ່ຕ້ອງກິນເປັນປະຈຳບໍ່ <small>げんざいの</small> 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> ມີ <small>はい</small> → ຖ້າຖືຍາມາບໍ່ຮຽນຮູ້ ຫຼື ຕ້ອງໃຫ້ເບິ່ງແດ່ <small>も</small> 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <small>いいえ</small> いいえ			
ກ່າວວ່າຖືພາບໍ່ <small>にんしん</small> 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <small>はい</small> → _____ ຈັກເດືອນ <small>かげつ</small> ヶ月 <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <small>いいえ</small> いいえ			
ຍັງໃຫ້ລູກກິນນົມຢູ່ບໍ່ <small>じゅうちゅう</small> 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <small>いいえ</small> いいえ
ເຄີຍປ່ວຍເປັນພະຍາດຫຍັງແດ່ <small>いま</small> 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> ໂລກກະເພາະອາຫານ <small>いちょう</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> ໂລກຕັບ <small>かんぞう</small> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> ໂລກຫົວໃຈ <small>しんぞう</small> 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> ໂລກໄຕ <small>じんぞう</small> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> ໂລກບອດ <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> ໂລກເປົາຫວານ <small>とうじょう</small> 糖尿病	<input type="checkbox"/> ໂລກຫິດ <small>ぜんそく</small> ぜんそく
<input type="checkbox"/> ໂລກຄວາມດັນເລືອດສູງ <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> ໂລກເອດສ <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> ເປັນພະຍາດໃນຕ່ອມຄໍຫອຍ <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の病気	
<input type="checkbox"/> ກາມາໂລກ(ໜອງໃນ) <small>はいどく</small> 梅毒	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <small>その他</small>		
ດຽວນີ້ ໄດ້ປິ່ນປົວພະຍາດຫຍັງຢູ່ບໍ່ ? <small>げんざい</small> 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> ມີ <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <small>いいえ</small> いいえ
ເຄີຍໄດ້ຮັບການຜ່າຕັດບໍ່ <small>しじゆつ</small> 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> ເຄີຍ <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <small>いいえ</small> いいえ
ເຄີຍໄດ້ຮັບການປ່ຽນຖ່າຍໂລຫິດເລືອດບໍ່ <small>ゆけつ</small> 輸血を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> ເຄີຍ <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <small>いいえ</small> いいえ
ເທື່ອໜ້າ ເຈົ້າຊອກນາຍພາສາດ້ວຍຕົນເອງໄດ້ບໍ່ ? <small>こんご</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"/> ໄດ້ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ <small>いいえ</small> いいえ			