

قسم الباطنية

ない かもんしんひょう
内科問診票

العربية
アラビア語

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة 年

شهر 月

يوم 日

الاسم 名前		<input type="checkbox"/> ذكر 男	<input type="checkbox"/> أنثى 女
تاريخ الميلاد 生年月日	_____ سنة 年 _____ شهر 月 _____ يوم 日	الهاتف 電話	
العنوان 住所			
هل لديك تأمين صحي؟ 健康保険を持っていますか？	<input type="checkbox"/> نعم はい	<input type="checkbox"/> لا いいえ	
الجنسية 国籍	اللغة 言葉		

ما الذي تعاني منه؟ どうしましたか

<input type="checkbox"/> حرارة (°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> ألم بالحجارة 喉が痛い	<input type="checkbox"/> سعال せき	<input type="checkbox"/> ألم بالرأس 頭が痛い
<input type="checkbox"/> ألم بالصدر 胸が痛い	<input type="checkbox"/> طفح جلدي 発疹	<input type="checkbox"/> خفقان 動悸	<input type="checkbox"/> صعوبة في التنفس 息切れ
<input type="checkbox"/> إنتفاخ むくみ	<input type="checkbox"/> دوام めまい	<input type="checkbox"/> ثقل بالصدر 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> ألم بالبطن お腹が痛い
<input type="checkbox"/> ألم بالمعدة 胃が痛い	<input type="checkbox"/> ضغط عالي 高血圧	<input type="checkbox"/> خدر しばれ	<input type="checkbox"/> عطش متزايد 口が渇く
<input type="checkbox"/> فقدان بالوزن 体重が減っている	<input type="checkbox"/> شعور بانتفاخ بالبطن お腹が張る	<input type="checkbox"/> فقدان الشهية 食欲がない	
<input type="checkbox"/> قيء 嘔吐	<input type="checkbox"/> غثيان 吐き気	<input type="checkbox"/> إسهال 下痢	<input type="checkbox"/> دم مع البراز 血便
<input type="checkbox"/> نحول だるい	<input type="checkbox"/> تعب بسرعة 疲れやすい	<input type="checkbox"/> غير ذلك その他	

منذ متى بدأت أعراض ما تشعر به؟

منذ _____ سنة 年 _____ شهر 月 _____ يوم 日

هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

نعم はい → دواء 薬 طعام 食べ物 غير ذلك その他 لا いいえ

هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟ 現在飲んでいる薬はありますか

نعم はい → إذا كان لديك أية أدوية يرجى عرضها علينا لا いいえ

هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟ 妊娠していますか、またその可能性はありますか

نعم はい → _____ أشهر ヶ月 لا いいえ

هل تقومين بالإرضاع حالياً؟ 授乳中ですか

نعم はい لا いいえ

هل أصابك أي مرض في الماضي؟ 今までにかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> أمراض الكبد 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> أمراض القلب 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> أمراض الكلى 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> تدرن 結核	<input type="checkbox"/> سكري 糖尿病	<input type="checkbox"/> ربو ぜんそく
<input type="checkbox"/> ضغط دم عالي 高血圧症	<input type="checkbox"/> أيدز エイズ	<input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> مرض الزهري 梅毒
<input type="checkbox"/> غير ذلك その他			

هل تعالج حالياً من أي مرض؟ 現在治療している病気はありますか

نعم はい لا いいえ

هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟ 手術を受けたことがありますか

نعم はい لا いいえ

هل سبق أن تم نقل دم لك؟ 輸血を受けたことがありますか

نعم はい لا いいえ

هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

نعم はい لا いいえ