

PEMBEDAHAN

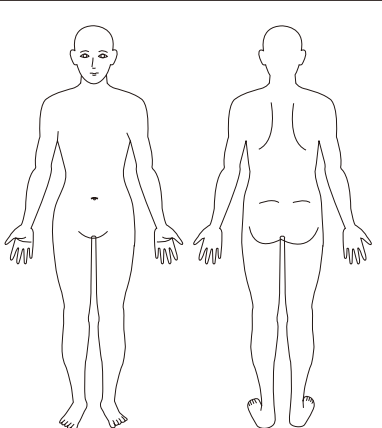
げ か もんしんひょう
外科問診票

Indonesian
インドネシア語

Beri tanda pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年 _____ bulan 月 _____ tanggal 日 _____

nama 名前			<input type="checkbox"/> Laki-laki 男 <input type="checkbox"/> perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日	Telepon 電話	
alamat 住所			
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ya はい	<input type="checkbox"/> tidak いいえ	
warga negara 国籍	bahasa 言葉		

<p>Apa masalah anda? どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> demam (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> sakit perut お腹が痛い <input type="checkbox"/> luka けが</p> <p><input type="checkbox"/> terbakar やけど <input type="checkbox"/> benjolan しこり <input type="checkbox"/> mati rasa (kesemutan) しびれ</p> <p><input type="checkbox"/> keseleo/salah urat ひねった <input type="checkbox"/> berat badan menurun 体重が減っている</p> <p><input type="checkbox"/> gatal かゆい <input type="checkbox"/> empedu batu 胆石 <input type="checkbox"/> bengkak 腫れ</p> <p><input type="checkbox"/> wasir 痔 <input type="checkbox"/> berak darah 血便 <input type="checkbox"/> tenggorokan のど (甲状腺)</p> <p><input type="checkbox"/> hernia (turun berok) 脱腸 (ヘルニア) <input type="checkbox"/> lainnya その他</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> leher 首 <input type="checkbox"/> paru paru 肺 <input type="checkbox"/> payudara 乳房</p> <p><input type="checkbox"/> lambung perut 胃 <input type="checkbox"/> puser へそ <input type="checkbox"/> usus 腸</p> <p>Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか</p> <p>_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から</p>	 <p>Lingkari pada gambar. 症状のあるところに丸をしてください</p>
<p>Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><input type="checkbox"/> ya はい → <input type="checkbox"/> obat 薬 <input type="checkbox"/> makanan 食べ物 <input type="checkbox"/> lainnya その他 <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p> <p>Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p> <p>Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、またその可能性はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ya はい → _____ bulan 月 <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p> <p>Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか <input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p> <p>Anda pernah punya penyakit apa? 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> penyakit limpa 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> penyakit jantung 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> penyakit ginjal 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> TBC 結核 <input type="checkbox"/> kencing manis 糖尿病 <input type="checkbox"/> asma ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧症 <input type="checkbox"/> AIDS エイズ <input type="checkbox"/> kelenjar gondok 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> sipilis 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/> lainnya その他</p> <p>Apakah Anda punya penyakit yang baru-baru ini diobati? 現在治療している病気はありますか <input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p> <p>Apakah Anda pernah melakukan operasi? 手術を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p> <p>Anda pernah mengalami transfusi darah? 輸血を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p> <p>Pernahkah Anda mengalami kesulitan dengan pembiusan? 麻酔をして何かトラブルがありましたか <input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p> <p>Jika mendapat surat pengantar dari dokter, jawablah pertanyaan dibawa ini. 紹介状のある方だけ書いてください</p> <p>Anda ada membawa hasil Ronsen (sinar x) レントゲンフィルムを持っていますか <input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p> <p>Anda ada membawa hasil Endoscope? 内視鏡フィルムを持っていますか <input type="checkbox"/> ya はい <input type="checkbox"/> tidak いいえ</p>	

Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? こんご づうやく じぶん づ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

ya はい

tidak いいえ

〈2/2ページ〉