

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	

Apa masalah anda? どうしましたか

Tidak bisa tidur 眠れない       lebih banyak bicara daripada biasanya いつもよりよくしゃべる  
 merasa gelisah atau serangan panik 不安やパニック発作  
 mendengar suara walaupun tidak ada seorang pun di sekitar 周りに人がいないのに声が聞こえる  
 merasa depresi うつ気分       kurang bersemangat 元気がない  
 merasa bahwa seseorang sedang mengawasi saya 人に見られている気がする  
 terlalu bersemangat 元気が良すぎる       menjadi tidak sadarkan diri 意識がなくなる  
 memiliki keinginan untuk bunuh diri 死にたい       mudah gembira 興奮しやすい  
 cenderung melakukan kekerasan 暴力をふるう       lainnya その他

Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか

\_\_\_\_\_ tahun 年 \_\_\_\_\_ bulan 月 \_\_\_\_\_ hari 日から

Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

ya はい →  obat 薬    makanan 食べ物    lainnya その他       tidak いいえ

Nama pasien 付添者の氏名

Hubungan dengan Anda 本人との関係    keluarga 家族    teman 友人    lainnya その他 → (      )

Siapa yang menyarankan Anda untuk mengunjungi kami hari ini? 本日の受診はどなたの意志ですか

Anda 本人    keluarga 家族    teman 友人    polisi 警察    seseorang di tempat kerja Anda 勤務先の人  
 lainnya その他 → (      )

Apa tujuan Anda berkunjung hari ini? 本日の受診の目的は何ですか

diagnosa 診断       untuk mendapat surat keterangan dokter 診断書  
 perawatan 治療       rawat inap 入院  
 untuk dirujuk ke lembaga lainnya 紹介       mengambil opini kedua セカンドオピニオン  
 lainnya その他 → (      )

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

ya はい → \_\_\_\_\_ bulan ヶ月       tidak いいえ

Apakah sekarang ini Anda sedang menyusui? 授乳中ですか       ya はい       tidak いいえ

Apakah Anda mempunyai penyakit lainnya yang sedang ditangani oleh Dokter? 現在治療中の病気はありますか

ya はい → nama lembaga kesehatan 医療機関名       tidak いいえ

Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでいる薬はありますか

ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください       tidak いいえ

Anda pernah punya penyakit apa? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dementia <small>にんちしょう 認知症</small>   | <input type="checkbox"/> ketergantungan alkohol dan obat-obatan <small>アルコールや薬物依存</small>           |
| <input type="checkbox"/> masalah suasana hati <small>きぶんしょうがい 気分障害</small> → <input type="checkbox"/> mania <small>そらびょう 躁病</small> | <input type="checkbox"/> manic-depressive psychosis <small>そらうつびょう 躁鬱病</small>                      |
| <input type="checkbox"/> panik <small>パニック</small>  | <input type="checkbox"/> insomnia <small>ふみんしょう 不眠症</small>   |
| <input type="checkbox"/> masalah pribadi <small>パーソナリティ障害</small>   | <input type="checkbox"/> masalah yang berhubungan dengan perkembangan <small>はったつしょうがい 発達障害</small> |
| <input type="checkbox"/> keterbelakangan mental <small>せいしんちたい 精神遅滞</small>   | <input type="checkbox"/> epilepsi <small>てんかん</small>   |
| <input type="checkbox"/> schizophrenia (suka mengasingkan diri) <small>そうごうしつちょうしょう 統合失調症</small>                                   | <input type="checkbox"/> ADHD <small>ちゅういけつかん じょ た どうせいしょうがい 注意欠陥(如)多動性障害</small>                   |
| <input type="checkbox"/> lainnya <small>その他</small> → ( )   |   |

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>