

内科問診票

Jaro/年 Monato/月 tago/日

Nomo 名前	<input type="checkbox"/> Viro 男 <input type="checkbox"/> Virino 女	Aĝo 年齢
Adreso 住所	Telefono 電話	
Ĉu vi portas sanasekuron? 健康保険を持っていますか	<input type="checkbox"/> Jes はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ	Nacieco 国籍 Lingvo 言語

Kiel estas via sanstato? どうしましたか	<input type="checkbox"/> febro ( ) °C 熱がある °C	<input type="checkbox"/> gorĝodoloro 喉が痛い	<input type="checkbox"/> tuso 咳	<input type="checkbox"/> kapdoloro 頭痛
Metu (√) -signon al respondaj simptomoj. 該当するものをチェックして ください	<input type="checkbox"/> brust-doloro 胸痛	<input type="checkbox"/> palpacio 動悸	<input type="checkbox"/> anhelio 息切れ	<input type="checkbox"/> ekzantemo 発疹
	<input type="checkbox"/> hidropso むくみ	<input type="checkbox"/> subpremo sur brusto 胸の圧迫感	<input type="checkbox"/> kapturmo めまい	<input type="checkbox"/> paraliziĝo しびれ
	<input type="checkbox"/> alta sangopremo 高血圧	<input type="checkbox"/> abdomendoloro 腹痛		<input type="checkbox"/> stomak-doloro 胃痛
	<input type="checkbox"/> soifo 渇	<input type="checkbox"/> sentas abdomen ŝvelon 腹が張っている感じ		<input type="checkbox"/> malpeziĝo 体重の減少
	<input type="checkbox"/> vomo 嘔吐	<input type="checkbox"/> naŭzo 吐き気	<input type="checkbox"/> lakso 下痢	<input type="checkbox"/> sangofeko 血便
	<input type="checkbox"/> sen apetito 食欲不振	<input type="checkbox"/> laciĝo だるい	<input type="checkbox"/> laciĝemo 疲れやすい	<input type="checkbox"/> aliaj その他

De kiam vi havas la simptomon? ekde \_\_\_\_\_ jaro/年 \_\_\_\_\_ monato/月 \_\_\_\_\_ tago/日から  
いつ頃からですか

Ĉu vi spertis alergion pro medikamento aŭ manĝaĵo? 薬や食べ物等でアレルギーを生じたことがありますか	<input type="checkbox"/> Jes 有 <input type="checkbox"/> Ne 無	→ <input type="checkbox"/> medikamento 薬	<input type="checkbox"/> manĝaĵo 食べ物	<input type="checkbox"/> aliaj 其他
---	---	--	--------------------------------------	-----------------------------------

Ĉu vi nun uzas medikamenton? 現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> Jes 有 <input type="checkbox"/> Ne 無	→ Montru medikamenton, se vi nun portas! 今持っていれば、見せてください
--	---	---

Demandoj al virino: 女性の方への質問です

\* Ĉu vi estas (aŭ eble estas) graveda?  
妊娠していますか、またその可能性がありますか  Jes ( \_\_\_\_\_ monatoj )  
はい カ月  Ne  
いいえ

\* Ĉu vi mamnutras bebon?  
授乳中ですか  Jes  
はい  Ne  
いいえ

Kiun malsanon vi havis en la pasinteco? 過去にどのような病気をしま したか	<input type="checkbox"/> stomaka aŭ intesta malsano 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> hepata malsano 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> kora malsano 心臓の病気
	<input type="checkbox"/> rena malsano 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberkulozo 結核	<input type="checkbox"/> hipertensio 高血圧症
	<input type="checkbox"/> tiroida malsano 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> astmo 喘息	<input type="checkbox"/> aidsoso エイズ
			<input type="checkbox"/> ceteraj その他

Ĉu vi spertis operacion? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Jes はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
--	------------------------------------	------------------------------------

Ĉu vi iam ricevis sangotransfuzon? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Jes はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
--	------------------------------------	------------------------------------