

BAGIAN MATA

眼科問診票

Beri tanda (✓) pada jawaban dari pertanyaan.

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
alamat 住所	telpon 電話
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?	
<input type="checkbox"/> tidak 無 <input type="checkbox"/> ya 有	
warga negara 国籍	bahasa 言葉

Apa masalah anda? どうしましたか

- mata kanan 右眼 mata kiri 左眼 kedua dua matanya 両眼
 mata berlendir 目やに mata berair 涙が出る sakit 痛い
 bisul/bengkak おでき silau まぶしい
 mata terasa berpasir ゴロゴロする pandangan doble 物が二重に見える
 pandangan kabur 見えにくい 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? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

- tidak 無 ya 有 → obat 薬 makanan 食物 lainnya その他

Sekarang setiap hari ada minum obatkah? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

- tidak 無 ya 有 → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください

Pernahkah anda dibius? 麻酔をしたことがありますか

- tidak 無 ya 有

Penyakit apa yang pernah anda alami? 今までにかかった病気はありますか

- penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気
 penyakit limpa 肝臓の病気 penyakit paru-paru (TBC) 肺の病気
 penyakit jantung 心臓の病気 kencing manis 糖尿病
 AIDS エイズ darah tinggi 高血圧症
 sipilis 梅毒 lainnya その他

* Apakah sudah sembuh? その病気は治りましたか

- tidak いいえ ya はい

Apakah anggota keluarga ada yang berpenyakit mata? 家族で目の病気の人がありますか

- tidak ada いない
 ada いる → siapa? 誰が _____
 sakit apa? それはどんな病気ですか _____

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!・Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

PEMBEDAHAN

外科問診票

Beri tanda (✓) pada jawaban dari pertanyaan.

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

nama 名前 laki-laki 男 perempuan 女
 tanggal lahir: 生年月日 _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日

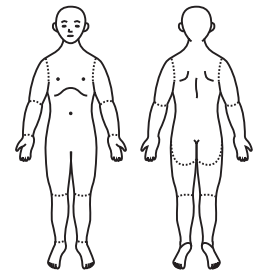
alamat 住所 _____ telpon 電話 _____

Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?
 tidak 無 ya 有

warga negara 国籍 _____ bahasa 言葉 _____

Apa masalah anda? どうしましたか

- sakit perut 腹痛 lambung perut 胃 usus 腸 * Lingkari pada gambar.
- paru paru 肺 empedu batu 胆石 wasir 痔 その個所に丸印をしてください
- hernia(turun berok) 脱腸(ヘルニア) puser ヘソ
- payudara 乳房 leher 首 benjolan しこり
- tenggorokan のど(甲状腺) bisul/jerawat/borok おでき
- berat badan menurun 体重減少 berak darah 血便
- luka けが lainnya その他



* Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか
 _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日 _____ jam 時頃

Jika anda mempunyai sakit perut, jawablah pertanyaan berikut. 腹痛と答えた方だけお書きください

- * Dibagian mana yang sakit? どこが痛みますか
- bagian kanan bawah perut 右下腹部 bagian kiri bawah perut 左下腹部
 - bagian atas perut 上腹部 seluruh bagian bawah perut 下腹部全体

* Kapan terakhir anda makan? 最後に食事をした時間は
 _____ bulan 月 _____ hari 日 _____ jam 時

Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか
 tidak 無 ya 有 → obat 薬 makanan 食物 lainnya その他

Sekarang setiap hari ada minum obatkah? 現在毎日飲んでいる薬はありますか
 tidak 無 ya 有 → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください

Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますが、また可能性がありますか
 tidak 無 ya 有 → _____ bulan ヶ月

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

- kencing manis 糖尿病 darah tinggi 高血圧 kelenjar gondok 甲状腺
- penyakit limpa 肝臓の病気 penyakit jantung 心臓の病気 penyakit ginjal 腎臓の病気
- AIDS エイズ TBC 結核 asma 喘息 lainnya その他

* Apakah sudah sembuh? その病気は治りましたか tidak いいえ ya はい

Pernah mengalami pembedahan / operasi? 手術を受けたことがありますか
 tidak 無 ya 有 → umur 年齢: _____ tahun 歳 _____ bulan ヶ月

Anda pernah mengalami transfusi darah? 輸血を受けたことがありますか
 tidak 無 ya 有

Jika mendapat surat pengantar dari dokter, jawablah pertanyaan dibawa ini.

紹介状のある方だけお書きください

* Anda ada membawa hasil Ronsen(sinar x) レントゲンフィルムを持っていますか tidak 無 ya 有

* Anda ada membawa hasil Endoscope? 内視鏡フィルムを持っていますか tidak 無 ya 有

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!-Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

DOKTER KEBIDANAN dan PENYAKIT WANITA

産婦人科問診票

Beri tanda (✓) pada jawaban dari pertanyaan.

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

nama 名前 tanggal lahir: 生年月日 ____ tahun 年 ____ bulan 月 ____ hari 日

alamat 住所 telpon 電話

Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?

tidak 無 ya 有

warga negara 国籍 bahasa 言葉

Apa yang anda alami? どうしましたか

- hamil 妊娠 mandul 不妊症 datang bulan tidak teratur 月経異常
- pendarahan di kemaluan 不正性器出血 anemia/kurang darah 貧血
- gatal pada kemaluan 性器のかゆみ kandungan ada kista 子宮筋腫
- sakit dibagian perut 腹痛 periksa kanker がん検診 indung 卵巣のう腫瘍
- polip ポリープ keputihan おりもの lainnya その他

Tentang datang bulan 月経について

- * Kapan pertama kali datang bulan? 初めて生理があったのはいつですか umur ____ 歳
- * Kapan anda menopause (berhenti datang bulan)? 閉経はいつですか umur ____ 歳
- * Apakah datang buannya teratur? 生理は順調ですか tidak いいえ ya はい
- * kurun waktu 周期について
 - 28hari 28日型 30hari 30日型 ____ hari 日型 tidak teratur 不順
- * Lamanya datang bulan? 持続期間について ____ hari 日間
- * keluarnya datang bulan 生理の量について
 - banyak 多い biasa 普通 sedikit 少ない
- * Anda mengalami sakit ketika datang bulan? 生理痛について
 - tidak 無 ya 有 → sakit perut 下腹部 sakit pinggang 腰痛 lainnya その他
- * Masa terakhir datang bulan? 最終月経は
 - dari ____ tahun 年 ____ bulan 月 ____ tanggal 日から ____ hari 日間

tentang kehamilan 妊娠歴

- hamil 妊娠 → ____ kali 回
- melahirkan 分娩 → ____ kali 回 → normal 正常分娩 ____ kali 回
- keguguran 流産 → ____ kali 回 → tidak normal 異常分娩 ____ kali 回
- lainnya その他 → keguguran alami 自然流産 ____ kali 回
- hamil diluar kandungan 子宮外妊娠 digugurkan 人工流産 ____ kali 回
- kandungan ada virus 胞状奇胎

anda ingi melahirkan bayi anda di Rumah Sakit ini? 妊娠の方は当院でのお産を希望しますか

tidak いいえ ya はい

Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

tidak 無 ya 有 → obat 薬 makanan 食物 lainnya その他

Sekarang setiap hari ada minum obatkah? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

tidak 無 ya 有 → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください

Pernahkah anda periksa kanker? がん検診を受けたことがありますか

tidak 無 ya 有 → ____ tahun 年 ____ bulan 月 ____ tanggal 日

Penyakit apa yang pernah anda alami? 今までにかかった病気はありますか

- penyakit limpa 肝臓の病気 penyakit ginjal 腎臓の病気 penyakit jantung 心臓の病気
- TBC 結核症 penyakit kelamin 性病 AIDS エイズ
- darah tinggi 高血圧症 usus buntu 虫垂炎 rematik リウマチ

Pernah mengalami pembedahan/operasi? 手術をうけたことがありますか

tidak 無 ya 有 → umur 年齢: ____ tahun 歳 ____ bulan 月

Apakah pernah melakukan transfusi darah? 輸血を受けたことがありますか

tidak 無 ya 有

Sejarah kesehatan keluarga 家族の病歴

	usia 年齢	sehat 生存	meninggal dunia 死亡	penyakit menurun 遺伝病	darah tinggi 高血圧	sakit kencing manis 糖尿病	Kanker 癌
ayah 父		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ibu 母		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
saudara laki-laki 兄弟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
saudara perempuan 姉妹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suami 夫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anak 子供		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

BAGIAN GIGI

歯科問診票

Beri tanda (✓) pada jawaban dari pertanyaan.

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	
alamat 住所	telpon 電話	
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?		
<input type="checkbox"/> tidak 無		
<input type="checkbox"/> ya 有		
warga negara 国籍	bahasa 言葉	

Apa masalah anda? どうしましたか

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sakit gigi 歯が痛い | <input type="checkbox"/> tambalan lepas 詰め物がとれた |
| <input type="checkbox"/> gusi sakit 歯茎が痛い | <input type="checkbox"/> periksa gigi 検診 |
| <input type="checkbox"/> menyembuhkan gigi rusak/busak 虫歯の治療をしてほしい | |
| <input type="checkbox"/> membuat gigi palsu 入れ歯を作りたい | <input type="checkbox"/> mulut bau 口臭 |
| <input type="checkbox"/> gigi palsu rusak 入れ歯がこわれた | <input type="checkbox"/> membetulkan gigi 歯並びを治したい |
| <input type="checkbox"/> membersihkan karang gigi 歯石・歯垢除去 | <input type="checkbox"/> lainnya その他 |

Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

- tidak 無 ya 有 → obat 薬 makanan 食物 lainnya その他

Sekarang setiap hari ada minum obatkah? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

- tidak 無
- ya 有 → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください

Pernahkah anda dibius? 麻酔をしたことがありますか

- tidak 無 ya 有

Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、また可能性がありますか

- tidak 無 ya 有 → _____ bulan ヶ月

Penyakit apa yang pernah anda alami? 今までにかかった病気はありますか

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> penyakit paru-paru (TBC) 肺の病気 |
| <input type="checkbox"/> penyakit limpa 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> kencing manis 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> penyakit jantung 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧症 |
| <input type="checkbox"/> AIDS エイズ | <input type="checkbox"/> lainnya その他 |
| <input type="checkbox"/> sipilis 梅毒 | |

* Apakah sudah sembuh? その病気は治りましたか

- tidak いいえ ya はい

Pilihan anda terhadap pengobatan: 治療に対する希望

- Semua bagian yang rusak diperbaiki. 悪いところは全て治したい
- Menyembuhkan bagian yang sakit saja. 今痛んでいる歯だけを治したい
- Membayar secara pribadi/tanpa asuransi 自費診療でもかまわない
- Pengobatan dengan menggunakan asuransi kesehatan. 保険の範囲内で治したい
- Memutuskan berobat setelah konsultasi dengan dokter. 相談の上決めたい

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!・Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきいたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

THT(Telinga,Hidung dan Tenggorokan)

耳鼻咽喉科問診票

Beri tanda (✓) pada jawaban dari pertanyaan.

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

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

Apa masalah anda? どうしましたか

- demam (_____ °C) 発熱 sakit kepala 頭が痛い kepala terasa berat 頭が重い
- * masalah telinga 耳の症状
- kanan 右 kiri 左 keduanya 両方
- kuping sakit 耳が痛い kuping berair 耳だれ kuping berdengung 耳なり
- kotoran kuping 耳あか pendengaran kurang jelas 聞こえが悪い
- pusing / berkunang めまい kuping terasa tersumbat 耳がふさがった感じ
- * masalah hidung 鼻の症状
- hidung tersumbat 鼻がつまる hidung berair / ingus 鼻がでる
- mimisan 鼻血 indera penciuman berkurang においがわからない
- bersin-bersin くしゃみ mendengkur いびき
- * masalah tenggorokan のどの症状
- lidah sakit 舌が痛い tenggorokan sakit 喉が痛い
- terasa ada sesuatu ditenggorokan 喉に何かある感じ
- batuk 咳 dahak たん serak 声がかれる
- susah menelan/ minum 飲み込みにくい bengkak pada wajah / leher 顔・頸部(くび)の腫れ
- 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? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

 tidak 無 ya 有 → obat 薬 makanan 食物 lainnya その他

Sekarang setiap hari ada minum obatkah? 現在毎日飲んでる薬はありますか

 tidak 無
 ya 有 → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください

Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、また可能性がありますか

 tidak 無 ya 有 → _____ bulan ヶ月

Apakah minum minuman keras(osake)? お酒を飲みますか

 tidak 飲まない ya 飲む → _____ ml / hari ml / 日

Anda merokok? 煙草を吸いますか

 tidak 吸わない ya 吸う → _____ batang / hari 本 / 日

Anak anda pernah dirawat di Rumah Sakit? 入院をしたことがありますか

 tidak 無 ya 有 → umur 年齢: _____ tahun 歳 _____ bulan ヶ月

Pernah mengalami pembedahan / operasi? 手術を受けたことがありますか

 tidak 無 ya 有 → umur 年齢: _____ tahun 歳 _____ bulan ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!・Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できうる限りの正確さをきざつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

KESEHATAN ANAK

小児科問診票

Beri tanda (✓) pada jawaban dari pertanyaan.

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

anak nama 子供の名前 laki-laki 男 perempuan 女
 tanggal lahir: 生年月日 _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日

alamat 住所 _____ telpon 電話 _____

Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?
 tidak 無 ya 有

warga negara 国籍 _____ bahasa 言葉 _____

Apa masalah anda? どうしましたか

- demam (_____ °C) 発熱 kejang pada bayi ひきつけをおこす
 gampang marah 機嫌が悪い murung/tidak aktif 元気がない
 minum susu kurang ミルクの飲みが悪い berat badan tidak bertambah 体重増加不良
 mencret 下痢 mual 吐き気がする lainnya その他

* Sudah berapa lama mengalami? それはいつからですか
 _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日 _____ jam 時頃

Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか
 tidak 無 ya 有 → obat 薬 telur 卵 susu 牛乳
 makanan lain その他の食べ物 lainnya その他

Jenis obat yang bagaimana yang biasa diminum? どんな種類の薬が飲めますか
 syrup 水薬 bubuk 粉薬 tablet atau kapsul 錠剤またはカプセル

Sekarang setiap hari ada minum obatkah? 現在毎日飲んでいる薬はありますか
 tidak 無 ya 有 → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください

bagaimana keadaan ketika me lahirkan? 出産の状態はどんなでしたか
 berat badan bayi _____ g 赤ちゃんの体重 umur ibu _____ 母親の年齢
 kelahiran biasa 正常分娩 operasi cesar 帝王切開 kelahiran tidak biasa 異常分娩

suntikan(sudah imunisasi) 接種済み予防注射:
 tes TBC ツベルクリン反応 DPC(tiga kombinasi) 三種混合ワクチン
 penyakit lumpuh anak-anak ポリオ gondong おたふく風邪
 fushin / ruballa 風疹 sakit lumpuh anak-anak 小児麻痺
 BCG cacar air 水痘 campak 麻疹 lainnya その他

Penyakit apa yang pernah anda alami? 今までにかかった病気はありますか
 fushin/ruballa 風疹 cacar air 水痘 campak 麻疹
 asma 喘息 gondong おたふく風邪 batuk rejan 百日咳
 bintik merah 突発性発疹 MCLS(penyakit Kawasaki) 川崎病
 kejang-kejang/ayan 熱性痙攣 radang otak Jepang 日本脳炎
 radang usus buntu 虫垂炎 lainnya その他

* Apakah sudah sembuh? その病気は治りましたか
 tidak いいえ ya はい

Anak anda pernah dirawat di Rumah Sakit? 入院をしたことがありますか
 tidak 無 ya 有 → umur 年齢: _____ tahun 歳 _____ bulan ヶ月

Pernah mengalami pembedahan / operasi? 手術を受けたことがありますか
 tidak 無 ya 有 → umur 年齢: _____ tahun 歳 _____ bulan ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!-Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきざつていますが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

BAGIAN TULANG DAN SENDI

整形外科問診票

Beri tanda (✓) pada jawaban dari pertanyaan.

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

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

Bagian manakah dari bagian tubuh anda mengalami masalah?

どこが悪いのですか

* Masalahnya apa? どんな症状ですか

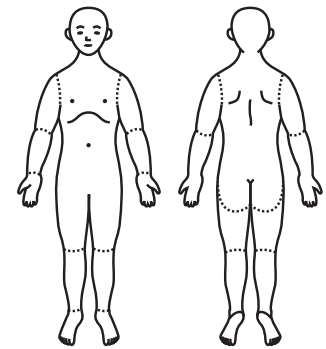
- sakit 痛い
 bengkak 腫れている
 mati rasa (kesemutan) しびれている
 keseleo / salah urat ひねった

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

_____ tahun 年 _____ bulan 月
 _____ hari 日 _____ jam 時頃

* Lingkari pada gambar.

その個所に丸印をしてください



Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan?

薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

- tidak 無 ya 有 → obat 薬
 makanan 食物
 lainnya その他

Sekarang setiap hari ada minum obatkah? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

- tidak 無
 ya 有 → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください

Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますが、また可能性がありますか

- tidak 無 ya 有 → _____ bulan ヶ月

Tanggal terakhir datang bulan: 最終月経は

_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ tanggal 日

Penyakit apa yang pernah anda alami? 過去にどのような病気をしましたか

- penyakit lambung perut dan gangguan usus 胃腸の病気 penyakit limpa 肝臓の病気
 penyakit ginjal 腎臓の病気 penyakit jantung 心臓の病気 kencing manis 糖尿病
 TBC 結核症 AIDS エイズ darah tinggi 高血圧症
 asma 喘息 lainnya その他

* Apakah sudah sembuh? その病気は治りましたか

- tidak いいえ ya はい

Pernah mengalami pembedahan/ operasi? 手術を受けたことがありますか

- tidak 無 ya 有 → umur 年齢: _____ tahun 歳 _____ bulan ヶ月

Anda pernah mengalami transfusi darah? 輸血を受けたことがありますか

- tidak 無 ya 有

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!-Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきざつていますが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

KEDOKTERAN BAGIAN DALAM

内科問診票

Beri tanda (✓) pada jawaban dari pertanyaan.

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

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

Apa masalah anda? どうしましたか

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> demam (_____ °C) 発熱 | <input type="checkbox"/> sakit tenggorokan 喉が痛い | <input type="checkbox"/> batuk 咳 |
| <input type="checkbox"/> sakit kepala 頭痛 | <input type="checkbox"/> sakit dada 胸痛 | <input type="checkbox"/> berdebar jantung 動悸 |
| <input type="checkbox"/> pusing めまい | <input type="checkbox"/> sekak dada 胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> mati rasa しびれ |
| <input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧 | <input type="checkbox"/> bengkak むくみ | <input type="checkbox"/> mual 吐き気 |
| <input type="checkbox"/> diare / menceret 下痢 | <input type="checkbox"/> lesu だるい | <input type="checkbox"/> susah bernapas 息切れ |
| <input type="checkbox"/> sakit dibagian perut 腹痛 | <input type="checkbox"/> lambung perut sakit 胃痛 | <input type="checkbox"/> tenggorokan kering 口渇 |
| <input type="checkbox"/> muntah 嘔吐 | <input type="checkbox"/> berak darah 血便 | <input type="checkbox"/> tidak selera makan 食欲不振 |
| <input type="checkbox"/> gatal dan merah pada kulit 発疹 | <input type="checkbox"/> perut terasa kembung 腹が張っている感じ | |
| <input type="checkbox"/> berat badan menurun 体重の減少 | <input type="checkbox"/> mudah lelah 疲れやすい | |
| <input type="checkbox"/> 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? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

 tidak 無 ya 有 → obat 薬 makanan 食物 lainnya その他

Sekarang setiap hari ada minum obatkah? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

 tidak 無 ya 有 → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください

Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、また可能性がありますか

 tidak 無 ya 有 → _____ bulan ヶ月

Tanggal terakhir datang bulan: 最終月経は

_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ tanggal 日

Penyakit apa yang pernah anda alami? 過去にどのような病気をしましたか

- | | |
|---|---|
| <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 ginjal 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> penyakit jantung 心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> TBC 結核症 | <input type="checkbox"/> kencing manis 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> asma 喘息 | <input type="checkbox"/> AIDS エイズ |
| <input type="checkbox"/> lainnya その他 | <input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧症 |

* Apakah sudah sembuh? その病気は治りましたか

 tidak いいえ ya はい

Pernah mengalami pembedahan / operasi? 手術を受けたことがありますか

 tidak 無 ya 有 → umur 年齢: _____ tahun 歳 _____ bulan ヶ月

Anda pernah mengalami transfusi darah? 輸血を受けたことがありますか

 tidak 無 ya 有

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!-Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきつたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配布しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

BAGIAN SARAF OTAK

脳神経外科問診票

Beri tanda (✓) pada jawaban dari pertanyaan.

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

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

Apa masalah anda? どうされましたか

- sakit kepala 頭痛 pusing めまい mual 吐き気 mati rasa 体のしびれ
 pundak sakit 肩こり telinga berdengung 耳鳴り
 penglihatan kurang 物がみえにくい hilang kesadaran 意識がなくなる
 pendengaran kurang 聞こえにくい susah berjalan 歩きにくい
 kaki dan tangan susah digerakan 手足の動きが悪い lainnya その他

Pernahkah kepala anda terbentur? 頭をぶつきましたか

- tidak いいえ ya はい → _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日

* Bagian mana yang terbentur? どこをぶつきましたか

- bagian depan kepala 前頭部 bagian belakang kepala 後頭部
 samping kanan 右横 samping kiri 左横

* Apakah karena kecelakaan lalu lintas? 交通事故ですか

- tidak いいえ ya はい

Bagi yang mempunyai sakit kepala jawablah pertanyaan dibawah ini.

頭痛のある方はお答えください

* Sudah berapa lama mengalami sakit kepala? いつからですか

- _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日

* Dimana sakitnya? どこが痛みますか

- bagian depan kepala 前頭部 bagian belakang kepala 後頭部
 samping kanan 右横 samping kiri 左横 seluruh kepala 頭全体

* Bagaimanakah sakitnya? どのように痛みますか

- berdenyut ズキンズキン kepala sakitnya bukan main ガンガン
 sakitnya seperti tertusuk-tusuk キリキリ menusuk-nusuk チクチク
 seperti dipukul palu ガーンと割れるように lainnya その他

* Dalam sehari kapan yang paling merasa sakit? 一日の中でいつが一番痛みますか

- pagi 朝 siang 昼 malam 夜 sepanjang hari 一日中

Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

- tidak 無 ya 有 → obat 薬 makanan 食物 lainnya その他

Sekarang setiap hari ada minum obatkah? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

- tidak 無 ya 有 → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください

Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますが、また可能性がありますか

- tidak 無 ya 有 → _____ bulan ヶ月

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

- kencing manis 糖尿病 darah tinggi 高血圧 AIDS エイズ
 TBC 結核 sipilis 梅毒 lainnya その他

* Apakah sudah sembuh? その病気は治りましたか tidak いいえ ya はいApakah pernah melakukan transfusi darah? 輸血を受けたことがありますか tidak 無 ya 有Apakah minum minuman keras? お酒を飲みますか tidak 飲まない ya 飲む → _____ ml / hari ml / 日Anda merokok? 煙草を吸いますか tidak 吸わない ya 吸う → _____ batang / hari 本 / 日

Apakah pernah dirawat atau operasi? 今まで入院、手術したことがありますか

- tidak 無 ya 有 → umur 年齢: _____ tahun 歳 _____ bulan ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!! Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがよい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

BAGIAN KULIT

皮膚科問診票

Beri tanda (✓) pada jawaban dari pertanyaan.

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

nama 名前 laki-laki 男 perempuan 女
 tanggal lahir: 生年月日 _____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日

alamat 住所 _____ telpon 電話 _____

Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?
 tidak 無 ya 有

warga negara 国籍 _____ bahasa 言葉 _____

Bagian manakah dari bagian tubuh anda mengalami masalah?

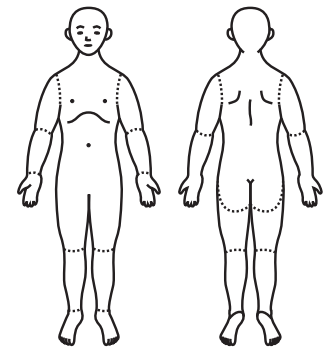
どこが悪いのですか

* Gejalanya seperti apa? どんな症状ですか

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sakit 痛い | <input type="checkbox"/> kutu air 水虫 |
| <input type="checkbox"/> gatal かゆい | <input type="checkbox"/> terbakar やけど |
| <input type="checkbox"/> bintik merah 発疹 | <input type="checkbox"/> eksim 湿疹 |
| <input type="checkbox"/> bercak merah あざ | <input type="checkbox"/> flek hitam しみ |
| <input type="checkbox"/> andeng-andeng ほくろ | |
| <input type="checkbox"/> koreng / meng koreng じくじくしている | |
| <input type="checkbox"/> lainnya その他 | |

* Lingkari pada gambar.

その個所に丸印をしてください



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

_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ hari 日から

Pernahkah gejala berubah? その症状は変化してきていますか

tidak いいえ ya はい

Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan?

薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

tidak 無 ya 有 → obat 薬 makanan 食物 lainnya その他

Sekarang setiap hari ada minum obatkah? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

tidak 無
 ya 有 → Apakah dibawa, mohon diperlihatkan. 持っていれば見せてください

Anda sedang hamil atau kemungkinan hamil? 妊娠していますか、また可能性がありますか

tidak 無 ya 有 → _____ bulan ヶ月

Tanggal terakhir datang bulan: 最終月経は

_____ tahun 年 _____ bulan 月 _____ tanggal 日

Penyakit apa yang pernah anda alami? 過去にどのような病気をしましたか

- | | |
|---|---|
| <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 ginjal 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> penyakit jantung 心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> TBC 結核症 | <input type="checkbox"/> kencing manis 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> asma 喘息 | <input type="checkbox"/> darah tinggi 高血圧症 |
| <input type="checkbox"/> AIDS エイズ | <input type="checkbox"/> lainnya その他 |

* Apakah sudah sembuh? その病気が治りましたか

tidak いいえ ya はい

Pernah mengalami pembedahan / operasi? 手術を受けたことがありますか

tidak 無 ya 有 → umur 年齢: _____ tahun 歳 _____ bulan ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者のみなさまへ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきつたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。