

## 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
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。