

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 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。