

Kuesioner Gastroenterologi/Gastroenterology Questionnaire/消化器科 問診票

Nama pasien /Name of patient /患者氏名		BT= _____ °C	
Tanggal lahir /Date of birth /生年月日 (西暦)		PR= _____ menit./min./分	
tahun /Year/年 bulan /Month/月 Tanggal /Day/日 (Tahun/Years old/歳)		BP= _____ mmHg/mmHg/mmHg	
Tinggi / Berat/Height/Weight/身長・体重		RR= _____ menit./min./分	
cm/cm kg/kg		SPO2= _____ %	
Alergi/Allergies /アレルギーの有無		jenis kelamin/Sex/性別	
<input type="checkbox"/> Makanan/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Obat-obatan/Medicine/薬:		<input type="checkbox"/> laki-laki/Male/男性 <input type="checkbox"/> perempuan/Female/女性	

Apa masalahnya hari ini? (Centang semua yang berlaku.)/What is the problem today? (Check all that apply.)
/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

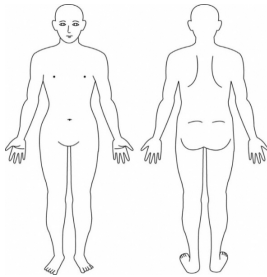
- Mual/Nausca /吐き気
- Muntah/Vomiting /嘔吐
- Diare/Diarrhea /下痢
- bersendawa /Burping/げっぷ
- Sembelit /Constipation/便秘
- Maag/Hearthburn /胸やけ
- Darah dalam tinja /Bloody stool/血便
- Muntah darah /Vomiting blood /血を吐く
- penurunan nafsu makan /Appetite loss /食欲減退
- Penurunan berat badan /Weight loss /体重減少
- merasa sulit untuk menelan makanan /Food stuck in throat/食事がのどにつかえる
- Saya disarankan oleh klinik/rumah sakit lain (atau saat pemeriksaan rutin) untuk datang ke sini.
/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)
- Lainnya/Other(s) /その他:

Periksa semua hal yang berlaku tentang tinja Anda./Check all that apply about your stool.
/便の性状に☑してください。

- Putih keabu-abuan /Grayish white /灰白色
 - bangku coklat /Brown/茶色
 - Hitam/Black/黒色
 - Berdarah/Bloody /血便
 - berair/Watery /水様
 - lembut/Soft/軟便
 - Normal/Normal /普通
 - Keras/Hard /硬い便
- *Frekuensi buang air besar per hari _____ kali/hari
/Stool frequency per day/一日の排便回数: /time(s)/day/回/日

Jelaskan gejala yang Anda alami./Describe your symptoms.
/症状についてご質問します。

Lingkari tempat di mana Anda mengalami gejala tersebut.
/Circle the place where you are experiencing the symptom.
/症状のある部分に○を付けて下さい。



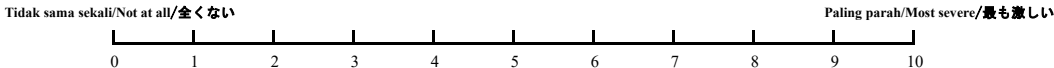
Kapan gejala terjadi? /When does the symptom occur?
/症状はどのようなときに現れますか。

- Pagi. /Morning/朝
- Siang hari /Daytime/昼
- Malam. /Evening/夕方
- Saat berada di tempat tidur /While in bed /就寝中
- Saat bangun tidur/When waking up /起床時
- tidak teratur /Irregular /不定期
- Lainnya /Other(s) /その他:

Seperti apa gejalanya?/What is the symptom like?
/症状はどのような性質を持っていますか。

- Konstan/Constant/絶え間なく、続いている
- Gejala datang dan pergi/The symptom comes and goes /症状が出たり消えたりしている
- Gejala ini berangsur-angsur memburuk/The symptom is gradually worsening /徐々にひどくなってきている
- Lainnya/Other(s)/その他

Jika Anda menggambarkan gejala tersebut pada skala 1 - 10, seberapa parah gejala tersebut? Lingkari angka di bawah ini.
/If you describe the symptom on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.
/その症状の程度を数字で表すと、どのくらいですか?下の数字のところに○を付けてください。



Kapan gejala dimulai?/When did the symptom start?
/この症状はいつからありますか。

tahun /Year/年 bulan /Month/月 Tanggal /Day/日 Dari sekitar/From about _____ : _____ am./am/pm/pm
_____ /年 _____ /月 _____ /日 午前・午後 時 分 ごろから

Apakah Anda sedang menjalani pengobatan, termasuk vitamin dan suplemen nutrisi?
/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?
/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい
- *Tunjukkan kepada kami obat atau catatan pengobatan Anda (buku catatan).
/Show us your medication or medication record (notebook).
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Nama obat /Name of medications /お薬の名前	Bagaimana cara meminum atau menggunakan obat Anda /How to take or use your medication /飲み方・使い方		Nama obat /Name of medications /お薬の名前	Bagaimana cara meminum atau menggunakan obat Anda /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

Apakah Anda, atau pernahkah Anda berada di bawah perawatan dokter di masa lalu?/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?
/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

Jika Anda mencentang "Ya", pilih kondisi dari daftar, dan tuliskan nama rumah sakit tempat Anda menerima perawatan.
/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.
/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Nama penyakit (Tuliskan nomor dari daftar berikut ini) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)		Treatment kemajuan/Treatment progress /治療経過		Nama rumah sakit/Hospital name /医療機関名
		<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
		<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
		<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
		<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	

<Daftar penyakit/List of diseases/疾患リスト>

Sistem penyakit/System of disease /疾患の系統		Nama penyakit/Disease names /疾患名				
①	Penyakit pencernaan /Digestive disease /消化器系の疾患	a. Tukak lambung /Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. Hepatitis /Hepatitis /肝炎	c. Sirosis hati /Hepatic cirrhosis /肝硬変	d. Lainnya/Others/その他	
②	Penyakit sistem peredaran darah /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hipertensi /Hypertension/高血圧	b. Angina pectoris / infark miokard /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. Aritmia /Arrhythmia/不整脈	d. Gagal jantung /Heart failure/心不全	e. Lainnya/Others/その他
③	Penyakit pernapasan /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma /Asthma/喘息	b. Penyakit paru obstruktif/kronik /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. Pneumonia /Pneumonia/肺炎	d. Tuberkulosis paru /Pulmonary tuberculosis /肺結核	e. Lainnya/Others/その他
④	Penyakit ginjal dan urologi /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Gagal ginjal kronis /Chronic renal failure /慢性腎不全	b. Batu ginjal/kemih /Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. Infeksi saluran kemih /Urinary tract infection /尿路感染症	d. Lainnya/Others/その他	
⑤	Penyakit otak dan sistem saraf /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Infark serebral /Cerebral infarction /脳梗塞	b. Pendarahan otak /Cerebral hemorrhage /脳出血	c. Epilepsi /Epilepsy /てんかん	d. Lainnya/Others/その他	
⑥	Penyakit endokrin atau metabolik /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /Diabetes mellitus /糖尿病	b. Hiperlipidemia /Hyperlipidemia /高脂血症	c. Kerusakan kelenjar tiroid /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. Hiperurisemia /Hyperuricemia /高尿酸血症	e. Lainnya/Others/その他
⑦	Penyakit tulang atau otot /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Arthritis reumatoid /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. Osteoporosis /Osteoporosis /骨粗鬆症	c. Osteoarthritis /Osteoarthritis /変形性膝関節症	d. Diskus intervertebralis yang mengalami herniasi /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア	e. Asam urat/Gout/痛風
⑧	Penyakit kebidanan dan kandungan /Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. Fibroid rahim /Uterine fibroids /子宮筋腫	b. Dismenore /Dysmenorrhea /月経困難症	c. Infertilitas /Infertility/不妊症	d. Lainnya/Others/その他	
⑨	Penyakit mata /Eye disease/眼の疾患	a. Katarak /Cataract/白内障	b. Glaukoma /Glaucoma/緑内障	c. Retinopati /Retinopathy/網膜症	d. Lainnya/Others/その他	
⑩	Tumor ganas /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Kanker perut /Stomach cancer /胃がん	b. Kanker usus besar /Colon cancer /大腸がん	c. Kanker hati/kandung empedu/pankreas /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん	d. Kanker payudara /Breast cancer/乳がん	e. Kanker rahim /Uterine cancer /子宮がん
		f. Kanker paru-paru /Lung cancer/肺癌	g. Lainnya/Others/その他			
⑪	Penyakit mental /Mental disease /精神の疾患	a. Depresi /Depression/うつ病	b. Skizofrenia /Schizophrenia/統合失調 症	c. Lainnya/Others/その他		
⑫	Penyakit THT /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Gangguan pendengaran /Impaired hearing /難聴	b. Pusing /Dizziness/めまい	c. Kebisingan telinga /Ear noise/耳鳴	d. Alergi serbuk sari /Pollen allergy/花粉症	e. Lainnya/Others/その他
⑬	Penyakit darah /Blood disease /血液の疾患	a. Anemia /Anemia/貧血	b. Leukemia /Leukemia/白血病	c. Lainnya/Others/その他		
⑭	Penyakit kulit /Skin disease /皮膚の疾患	a. Dermatitis atopik /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. Tinea (kaki atlet) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫)	c. Lainnya/Others/その他		

Apakah Anda pernah menjalani operasi?/Have you ever had surgery?
/今までに手術をしたことがありますか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい

※Jika Anda mencentang "Ya", pilih kondisi dari daftar, dan tuliskan nama rumah sakit tempat Anda menerima perawatan.
 /If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.
 /「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Nama penyakit/Disease names /疾患名	Nama operasi Anda /Name of your surgery/手術名	Ketika Anda menjalani operasi /When you had the surgery /手術をした時期	Rumah sakit tempat Anda menjalani operasi /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※Jika Anda tidak yakin dengan tanggal pasti operasi, tuliskan tahun atau usia.
 /If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.
 /※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

Apakah Anda merokok secara teratur? /Do you smoke regularly?
/習慣的に、たばこを吸いますか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい Digunakan untuk merokok/Used to smoke /以前吸っていた

Konsumsi rokok /Cigarette consumption/喫煙量	Durasi merokok/Duration of smoking /喫煙期間	Tahun ketika Anda berhenti merokok /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____rokok/Hari cigarettes/Day 本/日	_____tahun/Year/年	_____tahun/Year/年 _____bulan/Month/月

*Jika Anda masih memiliki kebiasaan merokok, biarkan kosong pada pertanyaan tentang tahun Anda berhenti merokok.
 /If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.
 /現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

Apakah Anda minum secara teratur? /Do you drink regularly?
/習慣的にお酒を飲みますか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい Digunakan untuk minum secara teratur/Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Bir/Beer/ビール _____ml/hari/ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Wiski/Whisky/ウイスキー _____ml/hari/ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Sake Jepang /Japanese sake/日本酒 _____ml/hari/ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Anggur/Wine/ワイン _____ml/hari/ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Lainnya/Other(s)/その他 _____ml/hari/ml/Day/日	

Jika perempuan, jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini. Apakah Anda sedang hamil, atau mungkin hamil?

/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?

/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい Tidak tahu/Do not know/わからない

Apakah Anda sedang menyusui?/Are you breastfeeding?
/現在、授乳中ですか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい

Jika Anda memiliki permintaan khusus mengenai konsultasi, centang kotak.

/If you have a special request concerning the consultation, check the box.

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- Saya ingin diberitahu tentang perkiraan biaya pengobatan saya sebelumnya.
 /I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- Saya ingin memiliki penerjemah jika layanan penerjemah tersedia.
 /I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- Lainnya/Other(s)/その他 :