

แบบสอบถามเรื่องโรคภายใน /Internal Medicine Questionnaire/内科 問診票

| | | | | | | |
|---|--|----------------|-------------|--|--------------|-------------|
| ชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย/Name of patient /患者氏名 | | | | สำหรับเท่านั้น พนักงาน /For staff only /医療機関記入欄 | BT= | °C |
| วันเกิด /Date of birth /生年月日 (西暦) | ปี /Year/年 | เดือน /Month/月 | วัน /Day/日 | | PR= | นาที/min./分 |
| | (ปี/Years old/歳) | | | BP= | มม.ปรอท/mmHg | |
| ความสูง/น้ำหนัก/Height/Weight/身長・体重 | | cm | กิโลกรัม/kg | RR= | นาที./min./分 | |
| โรคภูมิแพ้/Allergies /アレルギーの有無 | <input type="checkbox"/> อาหาร/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> ยา/Medicine/薬: | | | SPO2= | % | |

วันนี้มีปัญหาคืออะไร? (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)/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。)

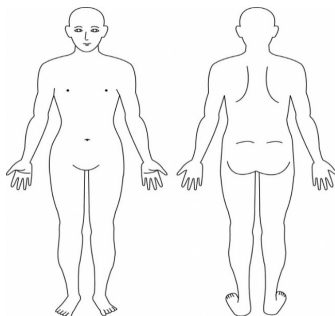
| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไข้ /Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> ไอ/Cough /咳 | <input type="checkbox"/> น้ำมูกไหล /Runny nose/鼻水 | <input type="checkbox"/> เสมหะ/Phlegm/痰 | <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก/ Difficulty breathing /息が苦しい | <input type="checkbox"/> ใจสั่น /Palpitation/動悸 |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกเซื่องซึม /Feel sluggish /身体がだるい | <input type="checkbox"/> เหนื่อยล้าอย่างรวดเร็ว /Get easily tired /疲れやすい | <input type="checkbox"/> อากาศหายใจไม่เต็ม /Shortness of breath/息切れ | <input type="checkbox"/> อการเวียนศีรษะ /Dizziness /めまい | <input type="checkbox"/> ภาวะไม่ยอมอาหาร /Loss of appetite /食欲がない | <input type="checkbox"/> อาเจียน/ Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> อุจจาระเป็นเลือด /Bloody stool /血便 | <input type="checkbox"/> บัสสาวะบ่อย /Frequent urination /頻尿 | <input type="checkbox"/> บัสสาวะเป็นเลือด /Bloody urine/血尿 | <input type="checkbox"/> ลดน้ำหนัก/Weight loss/体重減少 | <input type="checkbox"/> รู้สึกกระหายน้ำ/Feel thirsty /喉が渇く | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง/ Hypertension /高血圧 |
| <input type="checkbox"/> อัมพาต /Paralysis/麻痺 | <input type="checkbox"/> อการบวมหน้า/ Swelling /むくみ | <input type="checkbox"/> ผื่น/Hives /じんましん | <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ/ Insomnia/不眠 | <input type="checkbox"/> อการชา/ Numbness/しびれ | <input type="checkbox"/> คลื่นไส้/Nausea /吐き気 |
| <input type="checkbox"/> ท้องเสีย/Diarrhea /下痢 | <input type="checkbox"/> คัน/Itchiness /かゆみ | <input type="checkbox"/> ความเจ็บปวด/ Pain/痛み | <input type="checkbox"/> <small>โปรดติดต่อ (โรงพยาบาล) (หรือส่งตรวจทางสุขภาพตามปกติ) ถึงคลินิก/คลินิก/คลินิก (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))</small> | | |

ติดป้ายกำกับทุกอย่างเกี่ยวกับอุจจาระของคุณ./Check all that apply about your stool.
/便の性状に☑してください。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> สีขาวเทา /Grayish white /灰白色 | <input type="checkbox"/> สีน้ำตาล/ Brown/茶色 | <input type="checkbox"/> สีดำ/Black/黒色 | <input type="checkbox"/> เลือด/ Bloody/血便 | <input type="checkbox"/> เหลว/Watery/水様 | <input type="checkbox"/> อ่อนนุ่ม/ Soft/軟便 |
| <input type="checkbox"/> ปกติ/Normal/普通 | <input type="checkbox"/> แข็ง/Hard /硬い便 | *ความถี่ของการเคลื่อนไหวของลำไส้ต่อวัน _____ หนึ่งครั้ง/วัน /Stool frequency per day/一日の排便回数: /time(s)/day/回/日 | | | |

อธิบายอาการของคุณ./Describe your symptoms.
/症状についてご質問します。

วงกลมบริเวณที่คุณรู้สึกถึงอาการ.
/Circle the place where you are experiencing the symptom.
/症状のある部分に○を付けて下さい。



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

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ตอนเช้า /Morning/朝 | <input type="checkbox"/> กลางวัน /Daytime/昼 | <input type="checkbox"/> ในตอนเย็น/ Evening/夕方 | <input type="checkbox"/> ในระหว่าง อยู่บนเตียง /While in bed /就寝中 |
| <input type="checkbox"/> ในระหว่าง ตื่นขึ้น /When waking up /起床時 | <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ /Irregular /不定期 | <input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s) /その他: | |

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

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> คงที่/Constant/絶え間なく、続いている |
| <input type="checkbox"/> อการเกิดขึ้นแล้วหายไป/The symptom comes and goes /症状が出たり消えたりしている |
| <input type="checkbox"/> อการจะค่อยๆ แย่ลง/The symptom is gradually worsening /徐々にひどくなってきている |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s)/その他 |

หากบรรยายอาการเป็นคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 10 จะรุนแรงแค่ไหน? วงกลมหมายเลขด้านล่าง
/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。



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

ปี /Year/年
เดือน /Month/月
วัน /Day/日
จาก/From about _____ : _____ จนถึงเที่ยง/am/นึ่งเที่ยงวัน/pm

午前・午後
時
分
ごろから

คุณกำลังใช้ยาใดๆ รวมถึงวิตามินและอาหารเสริม?
/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。

ไม่/No /いいえ ใช่/Yes /はい
 *แสดงยาหรือบัตรการรักษาพยาบาลของคุณ (หนังสือ)
 /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。

| | ชื่อยา /Name of medications /お薬の名前 | วิธีรับประทานหรือใช้ยา /How to take or use your medication /飲み方・使い方 | | ชื่อยา /Name of medications /お薬の名前 | วิธีรับประทานหรือใช้ยา /How to take or use your medication /飲み方・使い方 |
|---|------------------------------------|---|---|------------------------------------|---|
| ① | | | ⑥ | | |
| ② | | | ⑦ | | |
| ③ | | | ⑧ | | |
| ④ | | | ⑨ | | |
| ⑤ | | | ⑩ | | |

ปัจจุบันคุณหรือเคยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์มาก่อนหรือไม่?/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?

ไม้/No / いいえ ใช่/Yes / はい

หากคุณระบุว่า "ใช่" ให้เลือกรายการและเขียนชื่อโรงพยาบาลที่คุณเข้ารับการรักษ
/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。

| ชื่อโรค (กรอกตัวเลขจาก ของรายการด้านล่าง) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可) | หลักสูตรการรักษา/Treatment progress /治療経過 | ชื่อโรงพยาบาล/Hospital name /医療機関名 |
|---|---|---------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> หายเป็นปกติแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> กำลังรับการรักษา/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> การยุติการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療 | |
| | <input type="checkbox"/> หายเป็นปกติแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> กำลังรับการรักษา/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> การยุติการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療 | |
| | <input type="checkbox"/> หายเป็นปกติแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> กำลังรับการรักษา/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> การยุติการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療 | |
| | <input type="checkbox"/> หายเป็นปกติแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> กำลังรับการรักษา/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> การยุติการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療 | |

<รายชื่อโรค/List of diseases/疾患リスト>

| ระบบโรค/System of disease /疾患の系統 | ชื่อโรค/Disease names /疾患名 |
|--|--|
| ① โรคทางเดินอาหาร ระบบ/Digestive disease /消化器系の疾患 | a. โรคแผลในกระเพาะ อาหาร/Peptic ulcer /消化器潰瘍 b. โรคตับอักเสบ/Hepatitis /肝炎 c. โรคตับแข็ง /Hepatic cirrhosis /肝硬化 d. อื่นๆ/Others/その他 |
| ② โรคทางระบบ การไหลเวียนโลหิต /Circulatory system disease /循環器系の疾患 | a. ความดันโลหิตสูง/ Hypertension/高血圧 b. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/ หัวใจวายกล้ามเนื้อหัวใจตาย /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞 c. ภาวะหัวใจเต้นผิด จังหวะ/Arrhythmia /不整脈 d. หัวใจล้มเหลว /Heart failure/心不全 e. อื่นๆ/Others/その他 |
| ③ โรคเกี่ยวกับอวัยวะ ลมหายใจ /Respiratory disease /呼吸器系の疾患 | a. โรคหอบหืด/ Asthma/喘息 b. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患 c. โรคปอดอักเสบ/ Pneumonia /肺炎 d. วัณโรคปอด/Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. อื่นๆ/Others/その他 |
| ④ ไตและระบบทางเดินปัสสาวะ โรค /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患 | a. โรคไตวายเรื้อรัง /Chronic renal failure /慢性腎不全 b. โรคนิ่วในทางเดิน ปัสสาวะ (นิ่วในไต) /Renal/urinary stone /腎・尿管結石 c. การติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ /Urinary tract infection /尿路感染症 d. อื่นๆ/Others/その他 |
| ⑤ โรคทางสมองและระบบประสาท /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患 | a. โรคหลอดเลือดสมองตีบ /Cerebral infarction /脳梗塞 b. ภาวะเลือดออกในสมอง /Cerebral hemorrhage /脳出血 c. โรคลมบ้าหมู/Epilepsy /てんかん d. อื่นๆ/Others/その他 |
| ⑥ โรคต่อมไร้ท่อหรือเมตาบอลิซึม/ Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患 | a. โรคเบาหวาน/ Diabetes mellitus /糖尿病 b. ภาวะไขมันในเลือด สูง/Hyperlipidemia /高脂血症 c. ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. ภาวะกรดยูริกในเลือด สูง/Hyperuricemia /高尿酸血症 e. อื่นๆ/Others/その他 |
| ⑦ โรคกระดูกหรือ กล้ามเนื้อ /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患 | a. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์/ Rheumatoid arthritis /関節リウマチ b. โรคกระดูกพรุน/ Osteoporosis /骨粗鬆症 c. โรคข้อเข่าเสื่อม/ Osteoarthritis /変形性膝関節症 d. ไล่เลื่อนระหว่างกระดูกสันหลัง แผ่นดิสก์ /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. โรคเกาต์/Gout/痛風 f. อื่นๆ/Others/その他 |
| ⑧ โรคทางสูติเวช/Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患 | a. เนื้องอกในมดลูก /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. การปวดประจำเดือน /Dysmenorrhea /月経困難症 c. ภาวะมีบุตรยาก/ Infertility/不妊症 d. อื่นๆ/Others/その他 |
| ⑨ โรคตา/Eye disease /眼の疾患 | a. ต้อกระจก/Cataract /白内障 b. ต้อหิน/Glaucoma /緑内障 c. จอประสาทตา /Retinopathy/網膜症 d. อื่นๆ/Others/その他 |
| ⑩ การก่อตัวที่ร้ายกาจ/Malignant tumor /悪性腫瘍 | a. มะเร็งกระเพาะอาหาร /Stomach cancer/胃がん b. มะเร็งลำไส้ใหญ่/Colon cancer/大腸がん c. มะเร็งตับ/ถุงน้ำดี/ตับอ่อน /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん d. มะเร็งเต้านม/Breast cancer/乳がん e. มะเร็งมดลูก /Uterine cancer /子宮がん f. โรคมะเร็งปอด /Lung cancer/肺癌 g. อื่นๆ/Others/その他 |
| ⑪ โรคทางจิต/Mental disease /精神の疾患 | a. ภาวะซึมเศร้า/ Depression /うつ病 b. โรคจิตเภท/ Schizophrenia /統合失調症 c. อื่นๆ/Others/その他 |
| ⑫ โรคโสตศอนาสิก/ENT disease /耳鼻科の疾患 | a. ความเสื่อมของการได้ยิน/ Impaired hearing /難聴 b. อาการเวียนศีรษะ/ Dizziness/めまい c. หูอื้อ /Ear noise/耳鳴 d. แพ้ละอองเกสรดอกไม้/ Pollen allergy/花粉症 e. อื่นๆ/Others/その他 |
| ⑬ โรคเลือด /Blood disease /血液の疾患 | a. โรคโลหิตจาง/ Anemia/貧血 b. มะเร็งเม็ดเลือดขาว/ Leukemia /白血病 c. อื่นๆ/Others/その他 |
| ⑭ โรคผิวหนัง /Skin disease /皮膚の疾患 | a. โรคผิวหนังภูมิแพ้/Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 b. ไลเคน (เชื้อรา โรคเท้า) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫) c. อื่นๆ/Others/その他 |

**คุณเคยได้รับการผ่าตัด?/Have you ever had surgery?
/今までに手術をしたことがありますか。**

- ไม่/No** /いいえ **ใช่/Yes** /はい หากคุณระบุว่า "ใช่" ให้เขียนประวัติการผ่าตัด
/If you checked "Yes", write the history of your surgery.
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

| ชื่อโรค/Disease names /疾患名 | ชื่อการผ่าตัดของคุณ /Name of your surgery/手術名 | คุณได้รับการผ่าตัดเมื่อไหร่ /When you had the surgery /手術をした時期 | โรงพยาบาลที่คุณเข้ารับการผ่าตัด /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関 |
|-------------------------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

※หากไม่แน่ใจวันผ่าตัดที่แน่นอน ให้กรอกปีหรืออายุ
/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。

**คุณสูบบุหรี่เป็นประจำ?
/Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。**

- ไม่/No** /いいえ **ใช่/Yes** /はい **เคยสูบบุหรี่/Used to smoke**
/以前吸っていた

| การบริโภคบุหรี่ /Cigarette consumption/喫煙量 | ระยะเวลาของการสูบบุหรี่/Duration of smoking /喫煙期間 | ปีที่คุณเลิกสูบบุหรี่ /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年 |
|---|--|---|
| _____ บุหรี่/ซอง /cigarettes/Day /本/日 | _____ ปี/Year/年 | _____ ปี/Year/年 _____ เดือน/Month/月 |

*หากคุณยังคงสูบบุหรี่ ในวันของว่างในคำถามเกี่ยวกับปีที่คุณเลิกสูบบุหรี่
/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。

**คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ?
/Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。**

- ไม่/No** /いいえ **ใช่/Yes** /はい **เคยดื่มเป็นประจำ/Used to drink regularly**
/以前飲酒する習慣があった。

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> เบียร์/Beer/ビール _____ มล./วัน/ml /Day/日 | <input type="checkbox"/> เหล้าวิสกี้/Whisky/ウイスキー _____ มล./วัน/ml /Day/日 |
| <input type="checkbox"/> สาเกญี่ปุ่น /Japanese sake/日本酒 _____ มล./วัน/ml /Day/日 | <input type="checkbox"/> ไวน์/Wine/ワイン _____ มล./วัน/ml /Day/日 |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s)/その他 _____ มล./วัน/ml /Day/日 | |

**หากคุณเป็นผู้หญิง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ คุณกำลังตั้งครรภ์หรืออาจจะตั้งครรภ์?
/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。**

- ไม่/No** /いいえ **ใช่/Yes** /はい **ฉันไม่รู้/Do not know/わからない**

**คุณกำลังให้นมบุตร?
/Are you breastfeeding? /現在、授乳中ですか。**

- ไม่/No** /いいえ **ใช่/Yes** /はい

**หากท่านมีความประสงค์พิเศษเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา โปรดระบุ
/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。**

- ฉันต้องการทราบล่วงหน้าเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น**
/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。
 ฉันอยากมีล่ามถ้ามีบริการล่าม
/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。
 อื่นๆ/Other(s)/その他 :

本資料は、医師や法律の専門家等の監修を受けて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。
This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.
กรมแพทยศาสตร์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ผู้จัดทำข้อมูลนี้ขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยจากข้อมูลดังกล่าวถึงผลกระทบต่อระบบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งฉบับภาษาไทยจะมีความสำคัญกว่า