

แบบสอบถามระบบทางเดินอาหาร/Gastroenterology Questionnaire/消化器科 問診票

Header section containing patient name, date of birth, staff information, and vital signs (BT, PR, BP, RR, SPO2).

วันนี้มีปัญหอะไรบ้าง?(เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)/What is the problem today?(Check all that apply.)

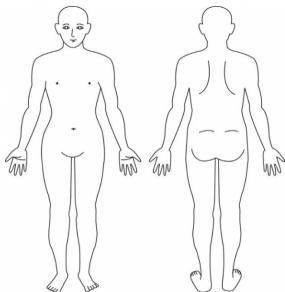
Multiple choice options for symptoms such as Nausea, Vomiting, Diarrhea, Burping, Constipation, Heartburn, and Weight loss.

ตรวจสอบทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับอุจจาระของคุณ/Check all that apply about your stool.

Multiple choice options for stool characteristics including color (Grayish white, Brown, Black, Bloody, Watery, Soft) and frequency.

อธิบายอาการของคุณ/Describe your symptoms.

วงกลมบริเวณที่คนกำลังประสบกับอาการ/Circle the place where you are experiencing the symptom.



Options for when the symptom occurs: Morning, Daytime, Evening, Bedtime, Waking up, Irregular, and Other(s).

อาการเป็นอย่างไรบ้าง?/What is the symptom like?

Options for symptom characteristics: Constant, Comes and goes, Gradually worsening, and Other(s).

ถ้าบรรยายอาการเป็นระดับ 1 - 10 รุนแรงแค่ไหน? วงกลมหมายเลขด้านล่าง/if you describe the symptom on a scale of 1-10, how severe is it?



เริ่มมีอาการเมื่อไหร่?/When did the symptom start?

Form for recording the start date and time of the symptom.

คุณกำลังใช้ยาใดๆ อยู่ รวมถึงวิตามินและอาหารเสริมหรือไม่?/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?

Yes/No options and instructions to show medication records.

Table with 5 columns for recording medication names and usage instructions.

คุณหรือเคยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์มาก่อนหรือไม่?/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?

ไม่/No /いいえ ใช่/Yes /はい

หากคุณเลือก "ใช่" ให้เลือกอาการจากรายการ และเขียนชื่อโรงพยาบาลที่คุณได้รับการรักษา /If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment. /「はい」に選んだ人は、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 (เขียนหมายเลขจากรายการต่อไปนี้) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	ความคืบหน้าการรักษา /Treatment progress /治療経過	ชื่อโรงพยาบาล /Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> ฟื้นตัวแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างการรักษา /Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ถอนการรักษา /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> ฟื้นตัวแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างการรักษา /Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ถอนการรักษา /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> ฟื้นตัวแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างการรักษา /Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ถอนการรักษา /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> ฟื้นตัวแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างการรักษา /Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ถอนการรักษา /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	

<รายชื่อโรค/List of diseases/疾患リスト>

ระบบการเกิดโรค/System of disease /疾患の系統	ชื่อโรค/Disease names /疾患名
① โรคทางเดินอาหาร/Digestive disease /消化器系の疾患	a. แผลในกระเพาะอาหาร /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 โรคระบบไหลเวียนโลหิต /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. ความดันโลหิตสูง /Hypertension/高血圧 b. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/กล้ามเนื้อหัวใจตาย /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞 c. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ /Arrhythmia /不整脈 d. หัวใจล้มเหลว /Heart failure/心不全 e. อื่นๆ/Others/その他
③ โรคระบบทางเดินหายใจ /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 โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. ภาวะไตวายเรื้อรัง /Chronic renal failure /慢性腎不全 b. ไต/นิ่วในปัสสาวะ /Renal/urinary stone /腎・尿管結石 c. ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ /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. โรคหลอดเลือดสมอง /Cerebral infarction /脑梗塞 b. เลือดออกในสมอง /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. ภาวะไขมันในเลือดสูง /Hyperlipidemia /高脂血症 c. ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง /Hyperuricemia /高尿酸血症 e. อื่นๆ/Others/その他
⑦ โรคกระดูกหรือกล้ามเนื้อ /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. หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. โรคเกาต์/Gout/痛風 f. อื่นๆ /Others/その他
⑧ โรคทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา /Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. เนื้องอกในมดลูก /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. ประจำเดือน /Dysmenorrhea /月経困難症 c. มีบุตรยาก /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 เนื้องอกร้าย /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. มะเร็งกระเพาะอาหาร /Stomach cancer/胃癌 b. มะเร็งลำไส้ใหญ่/Colon cancer/大腸がん c. ตับ/ถุงน้ำดี/มะเร็งตับอ่อน /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝癌・胆のう・膵臓がん d. โรคมะเร็งเต้านม/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 โรคหูคอจมูก /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. ความบกพร่องทางการได้ยิน/Impaired hearing /難聴 b. อาการเวียนศีรษะ /Dizziness/めまい c. เสียงหู /Ear noise/耳鳴 d. แพ้เกสรดอกไม้ /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. เกาต์ (เห็บของน้ำกักฟ้า) /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 หากคุณเลือก "ใช่" ให้เขียนประวัติการผ่าตัดของคุณ /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	เมื่อคุณได้รับการผ่าตัด /When you had the surgery /手術をした時期	โรงพยาบาลที่ท่านทำการผ่าตัด /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

*หากไม่แน่ใจวันที่ทำศัลยกรรมให้ระบุปีหรืออายุ /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。

คุณสูบบุหรี่เป็นประจำหรือไม่?
/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	ระยะเวลาการสูบบุหรี่ /Duration of smoking /喫煙期間	ปีที่หยุดสูบบุหรี่ /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ บุหรี่/จวัน /cigarettes/Day /本/日	_____ ปี/Year/年	_____ ปี/Year/年 _____ เดือน/Month/月

*หากคุณยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ให้เว้นว่างไว้ในคำถามเกี่ยวกับปีที่คุณเลิกสูบบุหรี่ /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。

คุณดื่มเป็นประจำหรือเปล่า?
/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"/> เกลาวิสกี้/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	

หากเป็นเพศหญิง ให้ตอบคำถามด้านล่าง 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 ไม่ทราบ/Do not know/わからない

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

- ไม่/No /いいえ ใช่/Yes /はい

หากคุณมีคำขอพิเศษเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา ให้ทำเครื่องหมายในช่อง
/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。

- ฉันต้องการทราบประมาณการค่ารักษาพยาบาลโดยประมาณล่วงหน้า /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。
- ฉันต้องการมีล่ามหากมีบริการล่ามให้บริการ /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う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. 本資料は、医師や法律の専門家等の監修をう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。 関係する言語やシステム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。 関係する言語やシステム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。 関係する言語やシステム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。