

แบบสอบถามจิตเวชศาสตร์/Psychiatry Questionnaire/精神科 問診票

ชื่อผู้ป่วย/Name of patient /患者氏名				BT=	°C
วันเกิด/Date of birth /生年月日 (西暦)	ปี /Year/年	เดือน /Month/月	วัน /Day/日	สำหรับพนักงานเท่านั้น /For staff only /医療機関記入欄	PR= นาที/min./分
ส่วนสูง/น้ำหนัก/Height/Weight/身長・体重	ชม./cm กก./kg			BP= มม.ปรอท/mmHg	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= %	<input type="checkbox"/> ชาย/Male/男性 <input type="checkbox"/> หญิง/Female/女性

วันนี้มีปัญหอะไรบ้าง?(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。(複数ある方は複数回してください。)

- | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ
/Insomnia/不眠 | <input type="checkbox"/> ความวิตกกังวล
/Anxiety/不安 | <input type="checkbox"/> ประหม่า/
Nervous/緊張する | <input type="checkbox"/> รู้สึกหดหู่
/Feel depressed
/気分が滅入る | <input type="checkbox"/> พลังงานต่ำ
/Low energy
/やる気が出ない | <input type="checkbox"/> ไม่มีสมาธิ
/Lowered concentration
/集中力低下 |
| <input type="checkbox"/> มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว
/Problem with family
/家庭の悩み | <input type="checkbox"/> ปัญหาในการทำงาน
/Problem at work
/職場の悩み | <input type="checkbox"/> ปัญหาที่โรงเรียน
/Problem with school
/学校の悩み | <input type="checkbox"/> ความอยากอาหารผิดปกติ/Abnormal
appetite
/食欲異常 | <input type="checkbox"/> กลัวคนอื่น.
/Fear of other people
/人が怖い | <input type="checkbox"/> ภาพหลอนทางการได้ยิน
/Auditory hallucination
/幻聴・幻覚 |
| <input type="checkbox"/> ใจสั่น
/Palpitation/動悸 | <input type="checkbox"/> มีอาการทางกาย
/Have physical symptoms
/身体の症状がある | <input type="checkbox"/> รู้สึกอยากตาย
/I feel like I want to die.
/死にたくなる | <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
/Difficulty breathing
/息苦しさ | <input type="checkbox"/> เหงื่อออกที่มือ
/Sweat in the hands
/手に汗をかく | <input type="checkbox"/> ร่างกายเคลื่อนไหวเอง
/The body moves spontaneously
/身体が勝手に動く |
| <input type="checkbox"/> ลดน้ำหนัก
/Lose weight
/体重が減る | <input type="checkbox"/> ขยับร่างกายไม่ได้
/Cannot move the body
/身体がうごかない | | | | |
| <input type="checkbox"/> ฉันได้รับคำแนะนำจากคลินิก/โรงพยาบาลอื่น (หรือจากการตรวจสุขภาพเป็นประจำ) ให้มาที่นี่
/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) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ
/Other(s)
/その他: | | | | | |

อาการเป็นอย่างไรบ้าง?/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"/> อาการจะค่อยๆ แย่ลง
/The symptom is gradually worsening.
/徐々にひどくなってきている |
| <input type="checkbox"/> อาการมาเป็นแล้วไป
/The symptom comes and goes.
/症状が出たり消えたりしている | <input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s)/その他: |

เริ่มมีอาการเมื่อไหร่?

/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 จากประมาณ/From about _____ : _____ เช้า./am/น. /pm
_____ /年 _____ /月 _____ /日 午前・午後 時 分ごろから

อาการดีขึ้นไหม?/Is your symptom improving?
/現在、その症状はよくなっていますか。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> อาการเริ่มดีขึ้น./The symptom is getting better.
/よくなってきている | <input type="checkbox"/> อาการเริ่มแย่ลง./The symptom is getting worse.
/悪くなってきている |
|---|---|

คุณกำลังใช้ยาใดๆ อยู่ รวมถึงวิตามินและอาหารเสริมหรือไม่?

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

/現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> ใช่/Yes
/はい |
|---|---|

แสดงยาหรือบันทึกการใช้ยาของคุณ (สมุดบันทึก)

/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	วิธีรับประทานหรือใช้ยาของคุณ /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		

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)	ความคืบหน้าการรักษ /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"/> การถอนการรักษา/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"/> การถอนการรักษา/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"/> การถอนการรักษา/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"/> การถอนการรักษา/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. อื่น/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. จังหวะ/Arrhythmia /不整脈 d. หัวใจล้มเหลว /Heart failure/心不全 e. อื่น/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. อื่น/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. การติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ /Urinary tract infection /尿路感染症 d. อื่น/Others/その他
⑤ โรคสมองและระบบประสาท /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. โรคหลอดเลือดสมอง/ Cerebral infarction /脳梗塞 b. เลือดออกในสมอง/ Cerebral hemorrhage /脳出血 c. โรคลมบ้าหมู/Epilepsy /てんかん d. อื่น/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. ต่อมไทรอยด์ทำงาน ผิดปกติ /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. ภาวะกรดยูริกใน เลือดสูง/ Hyperuricemia /高尿酸血症 e. อื่น/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. หมอนรองกระดูกสันหลัง เคลื่อน /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. โรคเกาต์ /Gout/痛風 f. อื่น/Others/その他
⑧ โรคทางสูติศาสตร์และนรี เวชวิทยา /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. อื่น/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. อื่น/Others/その他
⑩ เนื้องอกร้าย/Malignant tumor /悪性腫瘍	a. มะเร็งกระเพาะอาหาร /Stomach cancer/胃がん b. มะเร็งลำไส้ใหญ่/ Colon cancer/大腸がん c. ตับ/ถุงน้ำดี/มะเร็งตับอ่อน /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・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. อื่น/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. อื่น/Others/その他
⑫ โรคหูคอจมูก /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. มีความบกพร่องทางการได้ยิน/ Impaired hearing /難聴 b. เวียนศีรษะ/ Dizziness/めまい c. เสียงหู /Ear noise/耳鳴 d. แพ้เกสรดอกไม้ /Pollen allergy /花粉症 e. อื่น/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. อื่น/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. เกสสัน (เท้าของนักกีฬา) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫) c. อื่น/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」に印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	โรงพยาบาลที่ผ่านการผ่าตัด /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

หากไม่แน่ใจวันผ่าตัดที่แน่นอน ให้เขียนปีหรืออายุ
/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	ปีที่เลิกบุหรี่ /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ บุหรี่/วัน /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"/> 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"/> คนอื่น/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。
- ฉันต้องการมีล่ามหากมีบริการล่ามให้บริกา./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。
- อื่น/Other(s)/その他 :