

แบบสอบถามการผ่าตัด/Surgery Questionnaire/外科 問診票

ชื่อผู้ป่วย/Name of patient /患者氏名			สำหรับเจ้าหน้าที่ /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
ส่วนสูง/น้ำหนัก/Height/Weight/身長・体重	_____ ซม./cm	_____ กก/kg	เพศ/Sex/性別	BP= มม.ปรอท/mmHg
อาการแพ้/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> อาหาร/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> ยา/Medicine/薬:			RR= นาที./min./分
				SPO2= %

วันนี้คุณมีอาการอะไร? /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。)

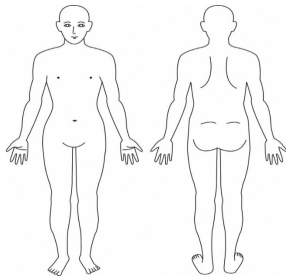
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> บวม/Swelling/腫脹 | <input type="checkbox"/> ปวด/Pain/痛み | <input type="checkbox"/> ก้อน/Lump/しこり | <input type="checkbox"/> ไข้/Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> โรคริดสีดวงทวาร/Hemorrhoid/痔 | <input type="checkbox"/> อาการท้องผูก/Constipation/便秘 |
| <input type="checkbox"/> อุจจาระเป็นเลือด/Blood in stool/便に血が混じる | <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด/Weight loss/体重減少 | <input type="checkbox"/> อาการอยากอาหารลดลง/Loss of appetite/食欲がない | <input type="checkbox"/> ท้องเสีย/Diarrhea/下痢 | <input type="checkbox"/> คลื่นไส้/Nausea/吐き気 | <input type="checkbox"/> อาเจียน/Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> แผลง/Sprain/ねんざ | <input type="checkbox"/> เจ็บปวด/Injury/けが | <input type="checkbox"/> อาหารติดคอ/Food stuck in throat/食事がのどにつかえる | <input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s)/その他: | | |
- ได้รับคำแนะนำจากสถานพยาบาลอื่นให้มาที่นี่。
 /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)

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

- | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ขาวเทา/Grayish white/灰白色 | <input type="checkbox"/> น้ำตาล/Brown/茶色 | <input type="checkbox"/> ดำ/Black/黒色 | <input type="checkbox"/> เลือด/Bloody/血便 | <input type="checkbox"/> เป็นน้ำ/Watery/水様 | <input type="checkbox"/> เหลว/Soft/軟便 |
| <input type="checkbox"/> ปกติ/Normal/普通 | <input type="checkbox"/> ของแข็ง/Hard/硬い便 | *จำนวนครั้งที่อุจจาระต่อวัน _____ ครั้ง/วัน
/Stool frequency per day/一日の排便回数: /time(s)/day/回/日 | | | |

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

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



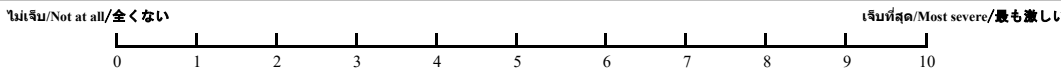
อาการเกิดขึ้นตอนไหน?/When does the symptom occur?
 /症状はどのようなときに現れますか。

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> เช้า/Morning/朝 | <input type="checkbox"/> กลางวัน/Daytime/昼 | <input type="checkbox"/> เย็น/Evening/夕方 | <input type="checkbox"/> ตอนนอน/While in bed/就寝中 |
| <input type="checkbox"/> ตอนตื่น/When waking up/起床時 | <input type="checkbox"/> ไม่เป็นปกติ/Irregular/不定期 | <input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s)/その他: | |

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

- สม่ำเสมอ/Constant/絶え間なく、続いている
- ไม่สม่ำเสมอ/The symptom comes and goes /症状が出たり消えたりしている
- อาการกำลังแย่ลง/The symptom is gradually worsening /徐々にひどくなってきている
- อื่นๆ/Other(s)/その他

ถ้าให้คะแนนความเจ็บปวดจาก 1 ถึง 10 จะให้เท่าใด? วงกลมตัวเลขด้านล่าง
 /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。



เริ่มมีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่?/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

午前・午後 _____ 時 _____ 分 _____ ころから

ขณะนี้ได้มีการทานยาหรือวิตามินและอาหารเสริมบ้างไหม?
 /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。

- ไม่/No /いいえ มี/Yes /はい
- *ถ้ามีให้เขียนรายละเอียดลงตารางด้านล่าง。
 /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	วิธีการใช้ยา /How to take or use your medication /飲み方・使い方		ชื่อยา /Name of medications /お薬の名前	วิธีการใช้ยา /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

ปัจจุบันได้เคยมีการรับการรักษาโรคอะไรหรือไม่?/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 มี/Yes /はい **ถ้ามีกรุณาเขียนลงตารางข้างล่าง /If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment. /「はい」に印した人は、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。**

ชื่อของโรค (เขียนหมายเลขของโรคจากรายชื่อโรคด้านล่าง) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	สถานะการรักษา/Treatment progress /治療経過	ชื่อโรงพยาบาล/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> รักษาเสร็จสิ้น/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> กำลังรักษาอยู่/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> รักษาเสร็จสิ้น/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> กำลังรักษาอยู่/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> รักษาเสร็จสิ้น/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> กำลังรักษาอยู่/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> รักษาเสร็จสิ้น/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> กำลังรักษาอยู่/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	

<รายชื่อโรค/List of diseases/疾患リスト>

โรคของระบบของร่างกาย/System of disease /疾患の系統	ชื่อของโรค/Disease names /疾患名			
① โรคเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร/Digestive disease /消化器系の疾患	a. แผลในกระเพาะอาหาร/Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. ตับอักเสบ/Hepatitis /肝炎	c. โรคตับแข็ง/Hepatic cirrhosis /肝硬変	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. โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน/Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. หัวใจเต้นผิดจังหวะ / Arrhythmia /不整脈	d. ภาวะหัวใจล้มเหลว/Heart failure/心不全 e. อื่นๆ/Others/その他
③ โรคระบบหายใจ/Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. โรคหืด/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 โรคนิ่วในไตและท่อไต/Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. ไตวายเรื้อรัง/Chronic renal failure /慢性腎不全	b. นิ่วในไต/Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ/Urinary tract infection /尿路感染症	d. อื่นๆ/Others/その他
⑤ โรคของระบบประสาท/Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. หลอดเลือดสมองตีบอุดตัน/Cerebral infarction /脳梗塞	b. ภาวะเลือดออกในสมอง/Cerebral hemorrhage /脳出血	c. โรคลมชัก/Epilepsy /てんかん	d. อื่นๆ/Others/その他
⑥ กลุ่มอาการเมตาบอลิก/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. ภาวะไทรอยด์ผิดปกติ/Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. กรดยูริกในเลือดสูง/Hyperuricemia /高尿酸血症 e. อื่นๆ/Others/その他
⑦ โรคกล้ามเนื้อ/Rheumatoid arthritis /骨・筋肉の疾患	a. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์/Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. โรคกระดูกพรุน/Osteoporosis /骨粗鬆症	c. โรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อม/Osteoarthritis /変形性膝関節症	d. ภาวะการหมอนรองกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท/Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. อื่นๆ/Others/痛風
⑧ โรคทางสูติศาสตร์และนรีเวช/Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. เนื้องอกมดลูก/Uterine fibroids /子宮筋腫	b. ปวดประจำเดือน/Dysmenorrhea /月経困難症	c. ภาวะมีบุตรยาก / Infertility/不妊症	d. อื่นๆ/Others/その他
⑨ โรคทางตา/Eye disease /眼の疾患	a. ต้อกระจก/Cataract /白内障	b. โรคต้อหิน/Glaucoma /緑内障	c. เมตาบอลิก/Retinopathy/網膜症	d. อื่นๆ/Others/その他
⑩ มะเร็ง/Malignant tumor /悪性腫瘍	a. มะเร็งกระเพาะอาหาร/Stomach cancer /胃がん	b. มะเร็งลำไส้ใหญ่/Colon cancer/大腸がん	c. โรคมะเร็งตับ/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
⑪ โรคทางจิต/Mental disease /精神の疾患	a. ซึมเศร้า/Depression /うつ病	b. โรคจิตเภท/Schizophrenia /統合失調症	c. อื่นๆ/Others/その他	
⑫ โรคหู คอ จมูก/ENT disease /耳鼻科の疾患	a. ภาวะการได้ยินบกพร่อง/Impaired hearing /難聴	b. ภาวะเวียนศีรษะ/Dizziness/めまい	c. เสียงในหู/Ear noise/耳鳴	d. ภูมิแพ้สารดอกไม้/Pollen allergy/花粉症 e. อื่นๆ/Others/その他
⑬ โรคเลือด/Blood disease /血液の疾患	a. ภาวะโลหิตจาง/Anemia/貧血	b. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว/Leukemia /白血病	c. อื่นๆ/Others/その他	
⑭ โรคผิวหนัง/Skin disease /皮膚の疾患	a. โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง/Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. น้ำกัดเท้า/Tinea (athlete's foot) /白癬症(水虫)	c. อื่นๆ/Others/その他	

**คุณเคยมีประวัติได้รับการผ่าตัดหรือไม่?/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 มี/Yes /はい ถ้าใช่กรุณาใส่ประวัติการรักษา
/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	การผ่าตัด /Name of your surgery/手術名	เวลาที่ได้รับการผ่าตัด /When you had the surgery /手術をした時期	โรงพยาบาลที่ได้รับการผ่าตัด /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

*ถ้าไม่แน่ใจวันที่แน่นอนให้ใส่เป็นปีหรือช่วงอายุที่ได้รับการผ่าตัดได้
/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。

**ปกติคุณสูบบุหรี่ไหม?
/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 เคยสูบ/Used to smoke /以前吸っていた

ความบ่อยในการสูบ /Cigarette consumption/喫煙量	ระยะเวลาที่สูบ/Duration of smoking /喫煙期間	จำนวนปีที่หยุดสูบ /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ บุหรี่/จ/วัน /cigarettes/Day /本/日	_____ ปี/Year/年	_____ ปี/Year/年 _____ เดือน/Month/月

*ถ้าหากคุณยังสูบบุหรี่อยู่ กรุณาเว้นช่องจำนวนปีที่หยุดสูบว่างไว้
/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。

**คุณดื่มสุราเป็นประจำไหม?
/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./ต่อวัน /ml/Day/日	<input type="checkbox"/> วิสกี้/Whisky/ウイスキー _____ มล./ต่อวัน /ml/Day/日
<input type="checkbox"/> สาเก /Japanese sake/ 日本酒 _____ มล./ต่อวัน /ml/Day/日	<input type="checkbox"/> ไวน์/Wine/ワイン _____ มล./ต่อวัน /ml/Day/日
<input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s)/その他 _____ มล./ต่อวัน /ml/Day/日	

**ถ้าเป็นผู้หญิงกรุณาตอบคำถามด้านล่างว่าคุณกำลังตั้งครรภ์หรือไม่?
/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 ไม่แน่ใจ/Do not know/わからない

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

- ไม่/No /いいえ ใช่/Yes /はい

**ถ้าคุณมีเรื่องอยากรบกวนสอบถามกรุณาใส่เครื่องหมายถูกด้านล่าง
/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、印をしてください。**

- ฉันอยากรู้ค่าใช้จ่ายโดยประมาณก่อนล่วงหน้า
/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。
- ฉันต้องการล่ามถ้าหากเป็นไปได้.
/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.
この冊子は、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。