

แบบสอบถามศัลยกรรมระบบประสาท/Neurosurgery Questionnaire/脳神経外科 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			BP=	มม.ปรอท/mmHg	
โรคแพ้/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=	%	
				เพศ/Sex/性別	<input type="checkbox"/> ชาย/Male/男性 <input type="checkbox"/> หญิง/Female/女性	

วันนี้คุณมีอาการอะไร? (กรุณาใส่เครื่องหมายถูกทุกอาการ) /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"/> ปวดหัว/Headache/頭痛	<input type="checkbox"/> ปวดหัวหนัก/Heavy headedness/頭重感	<input type="checkbox"/> เวียนศีรษะ/Dizziness/めまい	<input type="checkbox"/> คลื่นไส้/Nausea/吐き気	<input type="checkbox"/> อาเจียน/Vomiting/嘔吐	<input type="checkbox"/> ขา/ Numbness/しびれ
<input type="checkbox"/> ความผิดปกติในการเดิน/Gait difficulty/歩行障害	<input type="checkbox"/> ความบกพร่องทางทรงตัว(การเห็นภาพซ้อน, การสูญเสียลานสายตา)/Visual impairment (double vision, visual field defect)/視力障害 (複視・視野欠損)	<input type="checkbox"/> ชา/Paralysis/麻痺	<input type="checkbox"/> ขาบวมและเท้า/ Numbness in hands and feet/手足がしびれる	<input type="checkbox"/> อาการเจ็บบริเวณคอตอนหัน/ Pain when moving the neck/首を動かすと痛い	<input type="checkbox"/> ความผิดปกติในความคิด /Disturbance of consciousness /意識障害
<input type="checkbox"/> มีปัญหาทางการได้ยิน/Difficulty hearing /難聴	<input type="checkbox"/> เสียงในหู/Ringing in the ear /耳鳴り	<input type="checkbox"/> ปัญหาในการพูด/Difficulty speaking/Slurred speech /言葉が出にくい、呂律が回らない			
<input type="checkbox"/> 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)					
<input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s) /その他 :					

ถ้ายังคงมีอาการอยู่ อาการเริ่มมาตั้งแต่เมื่อไหร่? /If the symptom you have mentioned above has been continuing, when did it start? /上記症状が持続している方は、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

ถ้ายังคงมีอาการอยู่ อาการเริ่มมาตั้งแต่เมื่อไหร่? /If the symptom you have mentioned above has been continuing, when did it start? /上記症状が持続している方は、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

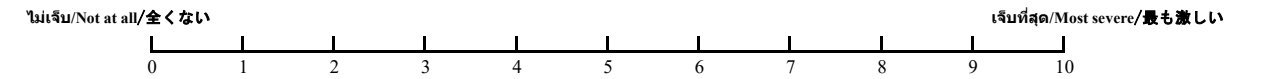
อาการเป็นอย่างไร? /What is the symptom like? /症状はどのような性質を持っていますか。

<input type="checkbox"/> สม่ำเสมอ/Constant/絶え間なく、続いている	<input type="checkbox"/> อาการกำลังแย่ลง/The symptom is gradually worsening /徐々にひどくなってきている
<input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ/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 :

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 :					

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、どのぐらいですか? 下の数字のところにおを付けてください。



ขณะนี้ได้รับการทานยาหรือวิตามินและอาหารเสริมบ้างไหม? /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		

ปัจจุบันได้เคยมีการรักษาโรคอะไรหรือไม่?/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"/> ยกเลิกการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> รักษาเสร็จสิ้น/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> รักษาเสร็จสิ้น/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> รักษาเสร็จสิ้น/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> กำลังรักษาอยู่/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療 <input type="checkbox"/> กำลังรักษาอยู่/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療 <input type="checkbox"/> กำลังรักษาอยู่/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療 <input type="checkbox"/> กำลังรักษาอยู่/Under treatment/現在治療中 <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 /肝硬化 d. อื่นๆ/Others/その他
② โรคระบบไหลเวียนโลหิต /Circulatory system disease /循環系の疾患	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 โรคไตในไตและท่อไต /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. กระเพาะปัสสาวะอักเสบ /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. หลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน/Cerebral infarction /脳梗塞 b. ภาวะเลือดออกใน สมอง/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 /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. โรคข้ออักเสบรูมา ตอยด์/Rheumatoid arthritis /関節リウマチ b. โรคกระดูกพรุน / Osteoporosis /骨粗鬆症 c. โรคข้อกระดูกอ่อน เสื่อม/Osteoarthritis /変形性膝関節症 d. อาการหมอนรองกระดูกสัน หลังทับเส้นประสาท /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. อื่นๆ/Others/痛風 f. อื่นๆ/Others/その他
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/網膜症 /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 /肝癌・胆のう・膵臓がん d. มะเร็งเต้านม/Breast cancer/乳がん e. มะเร็งมดลูก /Uterine cancer /子宮がん f. มะเร็งปอด /Lung cancer/肺癌 g. อื่นๆ/Others/その他
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. มีความผิดปกติทางการได้ยิน/ Impaired hearing /難聴 b. อาการเวียนศีรษะ / Dizziness/めまい c. เสียงในหู /Ear noise/耳鳴 d. ภูมิแพ้หลอดลมอักเสบ/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 **ถ้าใช่กรุณาใส่ประวัติการรักษ
/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	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/จวัน /cigarettes/Day /本/日	_____ ปี/Year/年	_____ ปี/Year/年 _____ เดือน/Month/月

***ถ้าหากคุณยังสูบบุหรี่อยู่ กรุณาเว้นช่องจำนวนปีที่หยุดสูบบ้างไว้
/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

ถ้าคุณมีเรื่องอยากสอบถามกรุณาใส่เครื่องหมายถูกด้านล่าง

/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。

- 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。
- ฉันต้องการล่ามหากเป็นไปได้.
/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.
この冊子には、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。
本冊子の英訳は、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、日本語と外国語の間で、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。