

Kuesioner Penyakit Dalam /Internal Medicine Questionnaire/内科 問診票

Nama pasien /Name of patient /患者氏名					BT= °C
Tanggal lahir /Date of birth /生年月日 (西暦)	tahun /Year/年	bulan /Month/ 月	Tangg al /Day/ 日	Hanya untuk staf /For staff only /医療機関記入欄	PR= menit./min./分
	(Tahun/Years old/歳)				BP= mmHg/mmHg/mmHg
					RR= menit./min./分
Tinggi / Berat/Height/Weight/身長・体重	cm/cm	kg/kg		jenis kelamin/Sex/性別	<input type="checkbox"/> laki-laki/Male/男性 <input type="checkbox"/> perempuan/Female/女性
Alergi/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Makanan/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Obat-obatan/Medicine/薬:				

Apa masalahnya hari ini? (Centang semua yang berlaku.)/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"/> Demam /Fever/発熱	<input type="checkbox"/> batuk/Cough /咳	<input type="checkbox"/> pilek /Runny nose/鼻水	<input type="checkbox"/> Dahak/Phlegm /痰	<input type="checkbox"/> Kesulitan bernapas /Difficulty breathing /息が苦しい	<input type="checkbox"/> Palpitasi /Palpitation/動悸
<input type="checkbox"/> Merasa tidak enak badan /Feel sulgish /身体がだるい	<input type="checkbox"/> Mudah lelah /Get easily tired /疲れやすい	<input type="checkbox"/> Sesak napas/Shortness of breath/息切れ	<input type="checkbox"/> Pusing/Dizziness /めまい	<input type="checkbox"/> Kehilangan nafsu makan/Loss of appetite/食欲がない	<input type="checkbox"/> muntah /Vomiting/嘔吐
<input type="checkbox"/> tinja darah /Bloody stool /血便	<input type="checkbox"/> Sering buang air kecil /Frequent urination /頻尿	<input type="checkbox"/> urin berdarah /Bloody urine/血尿	<input type="checkbox"/> penurunan berat badan /Weight loss /体重減少	<input type="checkbox"/> Merasa haus /Feel thirsty /喉が渇く	<input type="checkbox"/> hipertensi /Hypertension/高血圧
<input type="checkbox"/> kelumpuhan /Paralysis/麻痺	<input type="checkbox"/> Pembengkakan /Swelling/むくみ	<input type="checkbox"/> gatal-gatal/Hives /じんましん	<input type="checkbox"/> Insomnia /Insomnia/不眠	<input type="checkbox"/> Mati rasa /Numbness /しびれ	<input type="checkbox"/> Mual/Nausea /吐き気
<input type="checkbox"/> Diare/Diarrhea /下痢	<input type="checkbox"/> gatal/Itchiness /かゆみ	<input type="checkbox"/> rasa sakit/Pain/痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lainnya/Other(s) /その他:

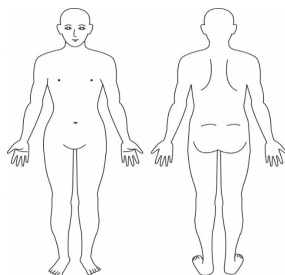
Saya disarankan oleh klinik/rumah sakit lain (atau saat pemeriksaan rutin) untuk datang ke sini.
/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here.
/他の医療機関から受診するように勧められた。(健診含む)

Periksa semua hal yang berlaku tentang tinja Anda./Check all that apply about your stool.
/便の性状に☑してください。

<input type="checkbox"/> Putih keabu-abuan /Grayish white /灰白色	<input type="checkbox"/> bangku coklat /Brown/茶色	<input type="checkbox"/> Hitam/Black/黒色	<input type="checkbox"/> Berdarah /Bloody/血便	<input type="checkbox"/> tinja berair /Watery/水様	<input type="checkbox"/> bangku lunak /Soft/軟便
<input type="checkbox"/> Normal /Normal/普通	<input type="checkbox"/> Keras /Hard/硬い便	*Frekuensi buang air besar per hari _____ kali/hari /Stool frequency per day/一日の排便回数: /time(s)/day/回/日			

Jelaskan gejala yang Anda alami./Describe your symptoms.
/症状についてご質問します。

Lingkari tempat di mana Anda mengalami gejala tersebut.
/Circle the place where you are experiencing the symptom.
/症状のある部分に○を付けて下さい。



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

<input type="checkbox"/> Pagi. /Morning/朝	<input type="checkbox"/> Siang hari /Daytime/昼	<input type="checkbox"/> Malam /Evening/夕方	<input type="checkbox"/> Saat berada di tempat tidur /While in bed /就寝中
<input type="checkbox"/> Saat bangun tidur /When waking up /起床時	<input type="checkbox"/> Tidak teratur /Irregular /不定期	<input type="checkbox"/> Lainnya /Other(s) /その他:	

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

- Konstan/Constant/絶え間なく、続いている
- Gejala datang dan pergi/The symptom comes and goes
/症状が出たり消えたりしている
- Gejala ini berangsur-angsur memburuk/The symptom is gradually worsening
/徐々にひどくなってきている
- Lainnya/Other(s)/その他

Jika Anda menggambarkan gejala tersebut pada skala 1 - 10, seberapa parah gejala tersebut? Lingkari angka di bawah ini.
/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?下の数字のところを○を付けてください。

Tidak sama sekali/Not at all/全くない Paling parah/Most severe/最も激しい

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

tahun /Year/年	bulan /Month/月	Tangg al /Day/日	Dari sekitar/From about _____ : _____ am./am./pm./pm
_____ /年	_____ /月	_____ /日	午前・午後 _____ 時 _____ 分ごろから

Apakah Anda sedang menjalani pengobatan, termasuk vitamin dan suplemen nutrisi?
/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。

Tidak/No
/いいえ Ya/Yes
/はい

*Tunjukkan kepada kami obat atau catatan pengobatan Anda (buku catatan).
/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。

	Nama obat /Name of medications /お薬の名前	Bagaimana cara minum atau menggunakan obat Anda /How to take or use your medication /飲み方・使い方		Nama obat /Name of medications /お薬の名前	Bagaimana cara minum atau menggunakan obat Anda /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

Apakah Anda, atau pernahkah Anda berada di bawah perawatan dokter di masa lalu?/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？

Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい

Jika Anda mencentang "Ya", pilih kondisi dari daftar, dan tuliskan nama rumah sakit tempat Anda menerima perawatan. /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。

Nama penyakit (Tuliskan nomor dari daftar berikut ini) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Treatment kemajuan/Treatment progress /治療経過	Nama rumah sakit/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Penghentian pengobatan/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Penghentian pengobatan/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Penghentian pengobatan/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Penghentian pengobatan/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	

<Daftar penyakit/List of diseases/疾患リスト>

Sistem penyakit/System of disease /疾患の系統	Nama penyakit/Disease names /疾患名
① Penyakit pencernaan /Digestive disease /消化器系の疾患	a. Tukak lambung /Peptic ulcer /消化器潰瘍 b. Hepatitis /Hepatitis /肝炎 c. Sirosis hati /Hepatic cirrhosis /肝硬変 d. Lainnya/Others/その他
② Penyakit sistem peredaran darah /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hipertensi /Hypertension/高血圧 b. Angina pectoris / infark miokard /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞 c. Aritmia /Arrhythmia/不整脈 d. Gagal jantung /Heart failure/心不全 e. Lainnya/Others/その他
③ Penyakit pernapasan /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma /Asthma/喘息 b. Penyakit paru obstruktif kronik /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患 c. Pneumonia /Pneumonia/肺炎 d. Tuberkulosis paru /Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. Lainnya/Others/その他
④ Penyakit ginjal dan urologi /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Gagal ginjal kronis /Chronic renal failure /慢性腎不全 b. Batu ginjal/kemih /Renal/urinary stone /腎・尿管結石 c. Infeksi saluran kemih /Urinary tract infection /尿路感染症 d. Lainnya/Others/その他
⑤ Penyakit otak dan sistem saraf /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Infark serebral /Cerebral infarction /脳梗塞 b. Pendarahan otak /Cerebral hemorrhage /脳出血 c. Epilepsi /Epilepsy /てんかん d. Lainnya/Others/その他
⑥ Penyakit endokrin atau metabolik /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /Diabetes mellitus /糖尿病 b. Hiperlipidemia /Hyperlipidemia /高脂血症 c. Kerusakan kelenjar tiroid /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. Hiperurisemia /Hyperuricemia /高尿酸血症 e. Lainnya/Others/その他
⑦ Penyakit tulang atau otot /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Arthritis reumatoid /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ b. Osteoporosis /Osteoporosis /骨粗鬆症 c. Osteoarthritis /Osteoarthritis /変形性膝関節症 d. Diskus intervertebralis yang mengalami herniasi /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. Asam urat/Gout/痛風 f. Lainnya/Others/その他
⑧ Penyakit kebidanan dan kandungan /Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. Fibroid rahim /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. Dismenore /Dysmenorrhea /月経困難症 c. Infertilitas /Infertility/不妊症 d. Lainnya/Others/その他
⑨ Penyakit mata /Eye disease/眼の疾患	a. Katarak /Cataract/白内障 b. Glaukoma /Glaucoma/緑内障 c. Retinopati /Retinopathy/網膜症 d. Lainnya/Others/その他
⑩ Tumor ganas /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Kanker perut /Stomach cancer /胃がん b. Kanker usus besar/Colon cancer /大腸がん c. Kanker hati/kandung empedu/pankreas /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん d. Kanker payudara /Breast cancer /乳がん e. Kanker rahim /Uterine cancer /子宮がん f. Kanker paru-paru /Lung cancer/肺癌 g. Lainnya/Others/その他
⑪ Penyakit mental /Mental disease /精神の疾患	a. Depresi/Depression /うつ病 b. Skizofrenia /Schizophrenia /統合失調症 c. Lainnya/Others/その他
⑫ Penyakit THT /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Gangguan pendengaran /Impaired hearing /難聴 b. Pusing /Dizziness/めまい c. Kebisingan telinga /Ear noise/耳鳴 d. Alergi serbuk sari /Pollen allergy/花粉症 e. Lainnya/Others/その他
⑬ Penyakit darah /Blood disease /血液の疾患	a. Anemia /Anemia/貧血 b. Leukemia /Leukemia /白血病 c. Lainnya/Others/その他
⑭ Penyakit kulit /Skin disease /皮膚の疾患	a. Dermatitis atopik /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 b. Tinea (kaki atlet) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫) c. Lainnya/Others/その他

Apakah Anda pernah menjalani operasi?/Have you ever had surgery?

/今までに手術をしたことがありますか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい

Jika Anda mencentang "Ya", tuliskan riwayat operasi Anda.
/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。

Nama penyakit/Disease names /疾患名	Nama operasi Anda /Name of your surgery/手術名	Ketika Anda menjalani operasi /When you had the surgery /手術をした時期	Rumah sakit tempat Anda menjalani operasi /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※Jika Anda tidak yakin dengan tanggal pasti operasi, tuliskan tahun atau usia.

/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。

Apakah Anda merokok secara teratur? /Do you smoke regularly?

/習慣的に、たばこを吸いますか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい Digunakan untuk merokok/Used to smoke /以前吸っていた

Konsumsi rokok /Cigarette consumption/喫煙量	Durasi merokok/Duration of smoking /喫煙期間	Tahun ketika Anda berhenti merokok /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ rokok/Hari cigarettes/Day 本/日	_____ tahun/Year/年	_____ tahun/Year/年 _____ bulan/Month/月

*Jika Anda masih memiliki kebiasaan merokok, biarkan kosong pada pertanyaan tentang tahun Anda berhenti merokok.

/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。

Apakah Anda minum secara teratur? /Do you drink regularly?

/習慣的にお酒を飲みますか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい Digunakan untuk minum secara teratur/Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Bir/Beer/ビール _____ ml/hari/ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/Whisky /ウイスキー _____ ml/hari/ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Sake Jepang /Japanese sake/日本酒 _____ ml/hari/ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Anggur/Wine /ワイン _____ ml/hari/ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Lainnya/Other(s)/その他 _____ ml/hari/ml/Day/日	

Jika perempuan, jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini. Apakah Anda sedang hamil, atau mungkin hamil?

/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。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい Tidak tahu/Do not know/わからない

Apakah Anda sedang menyusui?/Are you breastfeeding?

/現在、授乳中ですか。

- Tidak/No /いいえ Ya/Yes /はい

Jika Anda memiliki permintaan khusus mengenai konsultasi, centang kotak.

/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。

- Saya ingin diberitahu tentang perkiraan biaya pengobatan saya sebelumnya.
/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。
- Saya ingin memiliki penerjemah jika layanan penerjemah tersedia.
/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。
- Lainnya/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.

Terjemahan bahasa Inggris ini telah disiapkan di bawah pengawasan dokter, ahli hukum, atau lainnya. Jika ada perbedaan dalam penafsiran karena perbedaan nuansa dalam bahasa atau sistem yang terkait, maka bahasa asli Jepang akan diprioritaskan.