

kuesioner operasi/Surgery Questionnaire/外科 問診票

| | | | | | |
|---|---|-------------------|-------------------|---|-----------------------|
| Nama pasien /Name of patient /患者氏名 | | | | Hanya untuk staf /For staff only /医療機関記入欄 | BT= °C |
| Tanggal lahir /Date of birth /生年月日 (西暦) | tahun /Year/年 | bulan /Month/月 | tanggal /Day/日 | | PR= menit./min./分 |
| | (Tahun/Years old/歳) | | | | BP= mmHg/mmHg/mmHg |
| Tinggi / Berat/Height/Weight/身長・体重 | cm/cm kg/kg | | | jenis kelamin/Sex/性別 | RR= menit./min./分 |
| | | | | | SPO2= % |
| 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.)
/今日はどう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。)

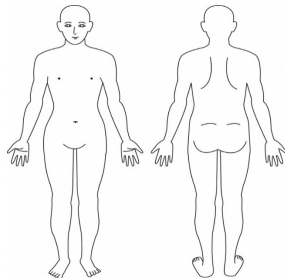
- | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pembengkakan /Swelling/腫脹 | <input type="checkbox"/> Nyeri/Pain/痛み | <input type="checkbox"/> Benjolan /Lump/しこり | <input type="checkbox"/> Demam /Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> Ambeien /Hemorrhoid/痔 | <input type="checkbox"/> Sembelit /Constipation/便秘 |
| <input type="checkbox"/> Darah dalam tinja /Blood in stool /便に血が混じる | <input type="checkbox"/> Penurunan berat badan /Weight loss /体重減少 | <input type="checkbox"/> Kehilangan nafsu makan /Loss of appetite /食欲がない | <input type="checkbox"/> Diare/Diarrhea /下痢 | <input type="checkbox"/> Mual/Nausea /吐き気 | <input type="checkbox"/> Muntah /Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Kescleo /Sprain/ねんざ | <input type="checkbox"/> Cedera/Injury /けが | <input type="checkbox"/> Makanan tersangkut di tenggorokan /Food stuck in throat /食事がのどにつかえる | <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○をつけて下さい。



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

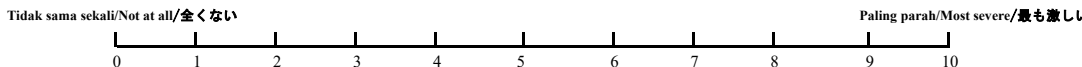
- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pagi. /Morning/朝 | <input type="checkbox"/> Siang hari /Daytime/昼 | <input type="checkbox"/> Malam. /Evening/夕方 | <input type="checkbox"/> Saat berada di tempat tidur /While in bed /就寝中 |
| <input type="checkbox"/> Saat bangun tidur /When waking 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、どのぐらいですか?下の数字のところに○をつけてください。



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

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

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 meminum 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 meminum 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. Artritis reumatoid /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ b. Osteoporosis /Osteoporosis /骨粗鬆症 c. Osteoarthritis/Osteoarthritis /変形性関節症 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 :