

Talatanungan sa Neurosurgery/Neurosurgery Questionnaire/脳神経外科 問診票

Pangalan ng pasyente/Name of patient /患者氏名		Para sa mga tauhan lamang /For staff only /医療機関記入欄	BT= °C PR= min./min./分 BP= mmHg RR= /mmHg SPO2= min./min./分 %
Araw ng kapanganakan /Date of birth /生年月日 (西暦)	taon /Year/年 _____ buwan /Month/月 _____ Araw /Day/日 _____ (Taong gulang/Years old/歳)		
Taas/Timbang/Height/Weight/身長・体重	_____ cm/cm _____ kg/kg	kasarian/Sex/性別	<input type="checkbox"/> Lalaki/Male/男性 <input type="checkbox"/> Babae/Female/女性
Mga allergy/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> (mga) pagkain/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Gamot/Medicine/薬:		

Ano ang problema ngayon? (Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop.)/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"/> Sakit ng ulo/Headache/頭痛 | <input type="checkbox"/> Mabigat ang ulo /Heavy headedness /頭重感 | <input type="checkbox"/> Pagkahilo /Dizziness/めまい | <input type="checkbox"/> Pagduduwal /Nausea/吐き気 | <input type="checkbox"/> Pagsusuka /Vomiting/嘔吐 | <input type="checkbox"/> Pamamanhid /Numbness/しびれ |
| <input type="checkbox"/> Kahirapan sa paglalakad /Gait difficulty /歩行障害 | <input type="checkbox"/> Kahirapan sa paningin (double vision, visual field defect) /Visual impairment (double vision, visual field defect) /視力障害 (複視・視野欠損) | <input type="checkbox"/> Pamamanhid sa mga kamay at paa /Numbness in hands and feet /手足がしびれる | <input type="checkbox"/> Sakit kapag ginagalaw ang leeg /Pain when moving the neck /首を動かすと痛い | <input type="checkbox"/> Pagkagambala ng kamalayan /Disturbance of consciousness/意識障害 | |
| <input type="checkbox"/> Hirap sa pandinig /Difficulty hearing /難聴 | <input type="checkbox"/> Tumutunog sa tenga /Ringing in the ear /耳鳴り | <input type="checkbox"/> Paralisis /Paralysis/麻痺 | <input type="checkbox"/> Hirap sa pagsasalita/Slurred speech /Difficulty speaking/Slurred speech /言葉が出にくい、呂律が回らない | | |
- Ako ay pinayuhan ng ibang klinika/hospital (o sa isang regular na check-up) na pumunta dito
 /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)
- Iba pa/Other(s)
/その他:

Kung ang sintomas na iyong binanggit sa itaas ay nagpapatuloy, kailan ito nagsimula?/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。

taon /Year /年	buwan /Month /月	Araw /Day /日	Mula sa/From about	_____ : _____ am/am/pm/pm
_____	_____	_____	午前・午後	時 分ごろから

Kung ang sintomas na iyong binanggit sa itaas ay nagpapatuloy, kailan ito nagsimula?/If the symptom you have mentioned above has been continuing, when did it start?
/上記症状が一時的であった方は、この症状はいつ始まりいつ終わりましたか。

taon /Year /年	buwan /Month /月	Araw /Day /日	Mula sa/From about	_____ : _____ am/am/pm/pm
_____	_____	_____	午前・午後	時 分ごろから
taon /Year /年	buwan /Month /月	Araw /Day /日	Mula sa/From about	_____ : _____ am/am/pm/pm
_____	_____	_____	午前・午後	時 分ごろから

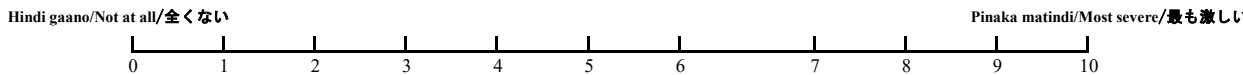
Ano ang sintomas?/What is the symptom like?
/症状はどのような性質を持っていますか。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> pare-pareho/Constant/絶え間なく、続いている | <input type="checkbox"/> Ang sintomas ay unti-unting lumalala./The symptom is gradually worsening.
/徐々にひどくなってきている |
| <input type="checkbox"/> Dumarating at nawawala ang sintomas./The symptom comes and goes.
/症状が出たり消えたりしています | <input type="checkbox"/> Iba pa/Other(s)/その他: |

Kailan nangyayari ang sintomas?/When does the symptom occur?
/症状はどのような時に現れますか。

- | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Umaga /Morning/朝 | <input type="checkbox"/> Araw /Daytime/昼 | <input type="checkbox"/> Gabi /Evening/夕方 | <input type="checkbox"/> While in bed/While in bed /就寝中 | <input type="checkbox"/> Pag gising /When waking up /起床時 | <input type="checkbox"/> Hindi regular /Irregular/不定期 |
| <input type="checkbox"/> Iba pa/Other(s)
/その他: | | | | | |

Kung ilalarawan mo ang sintomas sa sukat na 1 - 10, gaano ito kalubha? Bilangan ang numero sa ibaba./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つけてください。



Kasalukuyan ka bang umiinom ng anumang gamot, kabilang ang bitamina at nutritional supplement?/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?
/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- Hindi/No /いいえ Oo/Yes /はい
- *Ipakita sa amin ang iyong talaan ng gamot o gamot (notebook).
 /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。

No.	Pangalan ng mga gamot /Name of medications /お薬の名前	Paano inumin o gamitin ang iyong gamot /How to take or use your medication /飲み方・使い方	No.	Pangalan ng mga gamot /Name of medications /お薬の名前	Paano inumin o gamitin ang iyong gamot /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

**Ikaw ba ay nasa ilalim ng o sumailalim sa pangangalaga ng isang doktor?/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?**

Hindi/No /いいえ Oo/Yes /はい

Kung nilagyan mo ng check ang "Oo", piliin ang kondisyon mula sa listahan, at isulat ang pangalan ng ospital kung saan ka tumanggap ng paggamot./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。

Pangalan ng sakit (Isulat ang numero mula sa sumusunod na listahan) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Pag-unlad ng paggamot/Treatment progress /治療経過	Pangalan ng ospital/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Gumaling/Recovered/治療 <input type="checkbox"/> Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Itinigil ang paggamot/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Hindi ginagamot/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Gumaling/Recovered/治療 <input type="checkbox"/> Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Itinigil ang paggamot/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Hindi ginagamot/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Gumaling/Recovered/治療 <input type="checkbox"/> Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Itinigil ang paggamot/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Hindi ginagamot/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Gumaling/Recovered/治療 <input type="checkbox"/> Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Itinigil ang paggamot/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Hindi ginagamot/Untreated/未治療	

<Listahan ng mga sakit/List of diseases/疾患リスト>

Sistema ng sakit /System of disease/ 疾患の系統	Mga pangalan ng sakit/Disease names /疾患名
① Sakit sa pagtunaw/Digestive disease /消化器系の疾患	a.Peptic ulcer/Peptic ulcer /消化器潰瘍 b. Hepatitis/Hepatitis /肝炎 c.Hepatic cirrhosis /Hepatic cirrhosis /肝硬変 d. Iba pa/Others/その他
② Sakit sa sistema ng sirkulasyon /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Alta-presyon/Hypertension /高血圧 b. Angina pectoris /Atake sa puso /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞 c. Arrhythmia/Arrhythmia /不整脈 d. Heart failure /Heart failure/心不全 e. Iba pa/Others/その他
③ Sakit sa paghinga /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Hika/Asthma/喘息 b. Chronic obstructive pulmonary disease /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患 c. Pulmonya/Pneumonia /肺炎 d. Tuberculosis sa бага/Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. Iba pa/Others/その他
④ Sakit sa bato at urolohiya /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Talamak na pagkabigo sa bato /Chronic renal failure /慢性腎不全 b. Bato sa bato/ihing /Renal/urinary stone /腎・尿管結石 c. Impekasyon sa daluyan ng ihing /Urinary tract infection /尿路感染症 d. Iba pa/Others/その他
⑤ Sakit sa utak at nervous system /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction/Cerebral infarction /脳梗塞 b. Pagdurugo ng tserebral/Cerebral hemorrhage /脳出血 c. Epilepsy/Epilepsy /てんかん d. Iba pa/Others/その他
⑥ Endocrine o metabolic disease/Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus/Diabetes mellitus /糖尿病 b. Hyperlipidemia/Hyperlipidemia /高脂血症 c. Malfunshyon ng thyroid gland /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. Hyperuricemia/Hyperuricemia /高尿酸血症 e. Iba pa/Others/その他
⑦ Sakit sa buto o kalamnan /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Rheumatoid arthritis/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. Herniated intervertebral discs /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. Gout/Gout/痛風 f. Iba pa/Others/その他
⑧ Sakit sa Obstetrics at ginekolohiya /Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. /Uterine fibroids /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. Dysmenorrhea /Dysmenorrhea /月経困難症 c. Pagkabaog /Infertility/不妊症 d. Iba pa/Others/その他
⑨ Sakit sa mata/Eye disease /眼の疾患	a. Katarata/Cataract /白内障 b. Glaucoma/Glaucoma /緑内障 c. Retinopathy /Retinopathy/網膜症 d. Iba pa/Others/その他
⑩ /Malignant tumor/Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Kanser sa tiyan /Stomach cancer/胃がん b. Kanser sa bituka/Colon cancer/大腸がん c. Atay/gallbladder/pancreatic cancer /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん d. Cancer sa suso/Breast cancer/乳がん e. Kanser sa matris /Uterine cancer /子宮がん f. Kanser sa бага /Lung cancer/肺癌 g. Iba pa/Others/その他
⑪ Sakit sa utak/Mental disease /精神の疾患	a. Depresyon/Depression /うつ病 b. Schizophrenia/Schizophrenia /統合失調症 c. Iba pa/Others/その他
⑫ Sakit sa tainga, ilong, at lalamunan /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. May kapansanan sa pandinig/Impaired hearing /難聴 b. Pagkahilo/Dizziness /めまい c. Ingay sa tenga /Ear noise/耳鳴 d. Allergy sa pollen /Pollen allergy/花粉症 e. Iba pa/Others/その他
⑬ Sakit sa dugo /Blood disease /血液の疾患	a. Anemia/Anemia/貧血 b. Leukemia/Leukemia /白血病 c. Iba pa/Others/その他
⑭ Sakit sa balat /Skin disease /皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis/Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 b. Alipunga (athlete's foot) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫) c. Iba pa/Others/その他

Naoperahan ka na ba?/Have you ever had surgery?

/今までに手術をしたことがありますか。

- Hindi/No /いいえ Oo/Yes /はい

**Kung nilagan mo ng check ang "Oo", isulat ang kasaysayan ng iyong operasyon./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。**

Mga pangalan ng sakit/Disease names /疾患名	Pangalan ng iyong operasyon /Name of your surgery/手術名	Kailan ka naoperahan/When you had the surgery /手術をした時期	Ospital kung saan ka nagkaroon ng operasyon/Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

**※Kung hindi ka sigurado tungkol sa eksaktong petsa ng operasyon, isulat ang taon o edad.
/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。**

Palagi ka bang naninigarilyo?/Do you smoke regularly?

/習慣的に、たばこを吸いますか。

- Hindi/No /いいえ Oo/Yes /はい Dating naninigarilyo/Used to smoke /以前吸っていた

sigarilyo/Araw /Cigarette consumption/喫煙量	Tagal ng paninigarilyo/Duration of smoking /喫煙期間	Taon kung kailan ka tumigil sa paninigarilyo /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ sigarilyo/Araw /cigarettes/Day /本/日	_____ taon/Year/年	_____ taon/Year/年 _____ buwan/Month/月

***Kung mayroon ka pa ring ugali sa paninigarilyo, iwang blangko ang tanong tungkol sa taon na huminto ka sa paninigarilyo.
/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。**

Regular ka bang umiinom?/Do you drink regularly?

/習慣的にお酒を飲みますか。

- Hindi/No /いいえ Oo/Yes /はい Dating regular na umiinom/Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/Beer/ビール _____ ml/Araw/ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/Whisky/ウイスキー _____ ml/Araw/ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sakee /Japanese sake/日本酒 _____ ml/Araw/ml/Day/日	<input type="checkbox"/> alak/Wine/ワイン _____ ml/Araw/ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Iba pa/Other(s) _____ ml/Araw/ml/Day/日 /その他 :	

Kung babae, sagutin ang mga tanong sa ibaba. Buntis ka ba, o posibleng buntis ka?/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。

- Hindi/No /いいえ Oo/Yes /はい Hindi alam/Do not know/わからない

nagpapasuso ka ba?/Are you breastfeeding?

/現在、授乳中ですか。

- Hindi/No /いいえ Oo/Yes /はい

Kung mayroon kang espesyal na kahilingan tungkol sa konsultasyon, lagyan ng check ang kahon./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。

- Gusto kong malaman nang maaga ang aking tinantyang gastos sa pagpapagamot.
/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。
- Gusto kong magkaroon ng interpreter kung may available na serbisyo ng interpreter.
/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。
- Iba pa/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.
Ang pagsasaling ito sa Ingles ay inihanda sa ilalim ng pangangasiwa ng mga doktor, eksperto sa batas o iba pa. Kapag mayroong lumitaw na anumang pagkakaiba sa interpretasyon dahil sa pagkakaiba ng kahulugan sa mga kaugnay na wika o sistema, ang orihinal na Japanese ay ibigyan ng prayoridad.