

(タイ語版)

สำหรับผู้ที่เข้าฝึกงานด้านเทคนิคแห่งชาติ  
外国人技能実習生のための

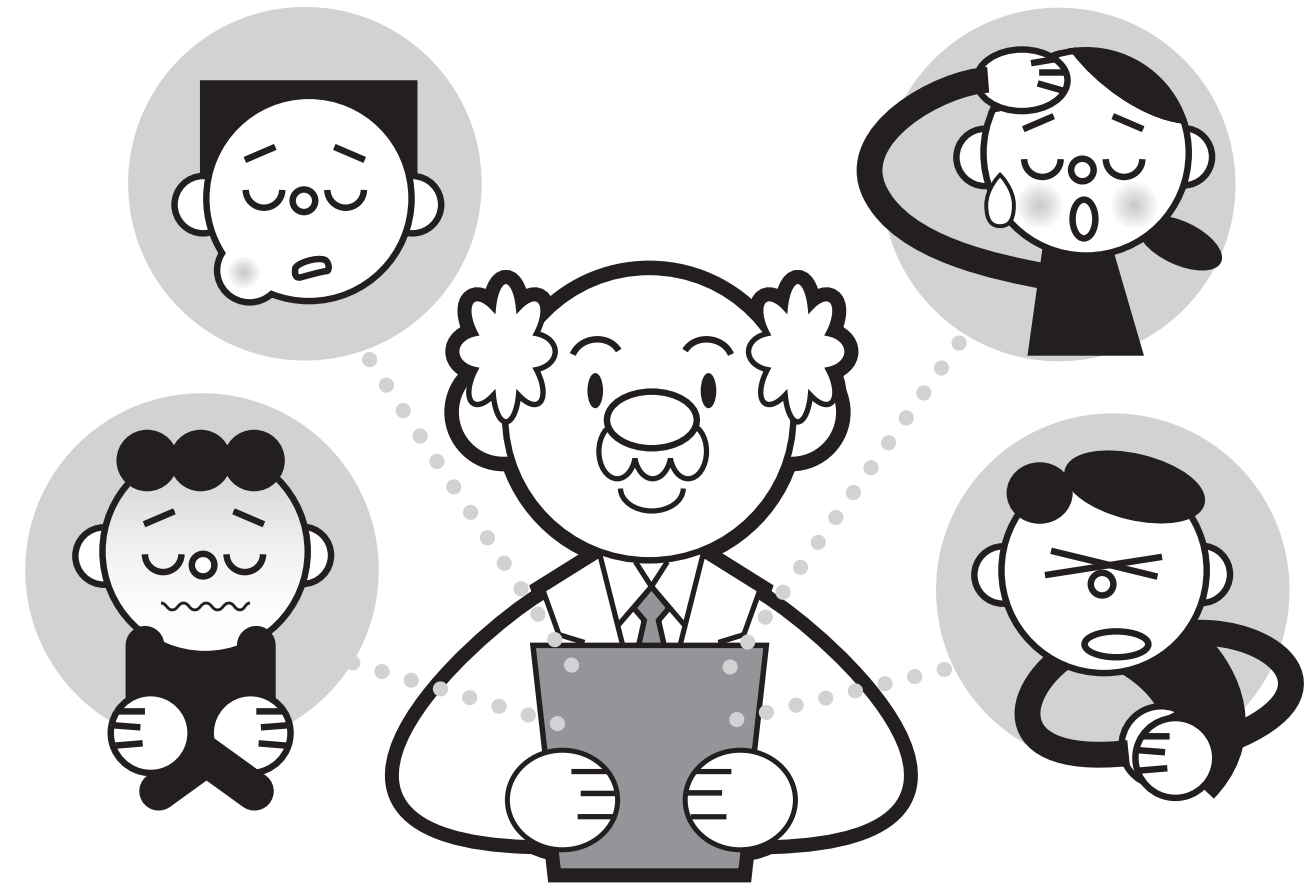
# ใบกรอกข้อมูลแสดงอาการของตัวเองต่อสถานพยาบาล

医療機関への自己申告表

# ใบประกอบการสอบถามอาการ

補助問診票

**JITCO**



องค์กรความร่วมมือในการฝึกงานระหว่างประเทศแห่งประเทศไทย ( JITCO )

公益財団法人 国際研修協力機構

**JITCO**

(2012年度 厚生労働省受託事業)



วันที่เขียน : วันที่ เดือน ปี ค.ศ.  
記入日 年 月 日

## ใบประกอบการสอบถามอาการ 補助問診票

### I ประวัติโรคในครอบครัว 家族歴について

กรุณาเขียน  ตรงรอบ  ถ้าหากตัวเองหรือครอบครัวของตนเคยเป็นโรคดังต่อไปนี้มาก่อน  
亡くなった方も含めて家族にも以下の症状があれば、 の周りを  で囲んで下さい。

### II โรคที่เคยเป็น 既往症について

- (1) เคยเป็นโรคใด ๆ มาก่อนหรือไม่  เคย  ไม่เคย  
今まで病気にかかったことはありますか。 はい いいえ

หากตอบว่า“เคย“ กรุณาเขียนเครื่องหมาย?ตรงโรคที่เคยเป็นมาก่อน  
「はい」と答えた場合、該当するものに、 印を付けて下さい。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> โรคทางเดินหายใจ<br>呼吸器の病気   | <input type="checkbox"/> โรคทางเดินอาหาร<br>消化器の病気 |
| <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง<br>高血圧症  | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ<br>心臓の病気         |
| <input type="checkbox"/> โรคทางเดินปัสสาวะ<br>泌尿器の病気 | <input type="checkbox"/> โรคผิวหนัง<br>皮膚科の病気      |
| <input type="checkbox"/> โรคติดต่อ<br>感染症            | <input type="checkbox"/> โรคภูมิแพ้<br>アレルギー疾患     |
| <input type="checkbox"/> โรคทางจิต<br>心の病気           |  |

กรุณาระบุโรคที่เคยเป็นนอกเหนือจากโรคข้างต้น (ถ้ามี) : ( )  
その他あれば、記入して下さい。

- (2) ปัจจุบันมียาที่รับประทานเป็นประจำหรือไม่  มี  ไม่มี  
現在、定期的に飲んでる薬がありますか。 ある ない

หากตอบว่า“มี“ กรุณาเขียนเครื่องหมาย√ ตรงยาที่รับประทานอยู่ในปัจจุบัน  
「ある」と答えた場合、該当するものに、 印を付けて下さい。

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ยารักษาโรคทางเดินหายใจ<br>呼吸器病の治療薬   | <input type="checkbox"/> ยารักษาโรคทางเดินอาหาร<br>消化器病の治療薬 |
| <input type="checkbox"/> ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง<br>高血圧の治療薬 | <input type="checkbox"/> ยารักษาโรคหัวใจ<br>心臓病の治療薬         |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ยานอนหลับ<br>睡眠薬                      | <input type="checkbox"/> ยาระงับประสาท<br>精神安定剤 |
| <input type="checkbox"/> ยาที่เอามาจากประเทศของตน<br>母国から持ってきた | <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他           |

กรุณาระบุชื่อยาหากจำชื่อยาได้ ( )  
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

- (3) เคยมีผดผื่นขึ้นบนผิวหนังหรือเคยรู้สึกไม่สบายหลังรับประทานยาหรือหลังฉีดยามาก่อนหรือไม่  
今まで薬を飲んだり、注射をした後に、皮膚に発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。  
 เคย  ไม่เคย  
ある ない

หากตอบว่า“เคย“ กรุณาเขียนเครื่องหมาย √ ตรงหัวข้อที่ถูกต้อง  
「ある」と答えた場合、該当するものに、 印を付けて下さい。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ยาลดไขมันกลุ่มไฟริน<br>ピリン系の薬 | <input type="checkbox"/> ยาปฏิชีวนะ<br>抗生物質 |
| <input type="checkbox"/> ยาสลบ<br>麻酔薬                  | <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他       |

กรุณาระบุชื่อยาถ้าหากจำชื่อยาได้ ( )  
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

### III การดื่มสุราและสูบบุหรี่ 酒またはタバコについて

- (1) ดื่มสุราหรือไม่  
お酒を飲みますか。  
 ดื่ม  ไม่ดื่ม  
はい いいえ

หากตอบว่า“ดื่ม“ กรุณาระบุในช่องว่างตามที่ตัวเองดื่ม  
「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

ปริมาณการดื่มสุราต่อครั้งโดยส่วนใหญ่ คือ

- 1 回に飲む量は、主に
- เบียร์ \_\_\_ขวด 2. เหล้าซาเก \_\_\_มิลลิลิตร  
ビール \_\_\_本 日本酒 \_\_\_ml
  - เหล้าโชชู (เหล้ากลั่นจากพืชอย่างเช่น บาร์เลย์) \_\_\_ มิลลิลิตร  
焼酎 \_\_\_ml
  - อื่นๆ ( )  
その他

- (2) สูบบุหรี่หรือไม่  
たばこを吸っていますか。  
 สูบ (วันละประมาณ \_\_\_ มวน)  ไม่สูบ  
はい (一日に約 \_\_\_本) いいえ

IV เป็นอะไรบ้าง

どうしたのですか

- ร่างกายไม่สบาย                       ได้รับบาดเจ็บ                       ถูกตรวจพบสิ่งผิดปกติในการตรวจสุขภาพ  
体の調子が悪いので、来ました。      ケガをしたので、来ました。      健康診断で異常が見つかりましたので、来ました。

(1) อาการร่างกายโดยรวม

体全体の症状

- มีไข้ (อุณหภูมิร่างกาย \_\_\_\_ องศา)  
熱があります。熱が \_\_\_\_ 度あります。
- รู้สึกอ่อนเพลียไม่หาย  
疲れがとれない。
- ร่างกายเมื่อยล้า  
体がだるいのです。
- เป็นหวัดบ่อยๆ  
風邪をひきやすいです。
- วิงเวียนศีรษะ  
めまいがします。
- นอนหลับยาก หรือไม่ก็ ตื่นนอนเร็วเกินไป  
寝つきが悪かったり、朝早く目が覚めたりします。
- มีความรู้สึกไม่สบายใจและซึมเศร้า  
気持ちが落ち込み、ゆううつです。
- รู้สึกไม่สนุกกับสิ่งที่เคยรู้สึกว่าจะสนุก  
今まで楽しめていたことが楽しめません。
- อื่นๆ  
その他

(2) มีอาการแบบนี้ตั้งแต่ \_\_\_\_ วันก่อน  
症状は、 \_\_\_\_ 日前からです。

V มีอาการผิดปกติในส่วนร่างกายดังต่อไปนี้ กรุณาเขียนเครื่องหมาย √ ในช่องตามอาการ  
√印を付けた体の部位に異常があります。

- |  |  |  |                                       |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ศีรษะ/ใบหน้า<br>頭・顔              | <input type="checkbox"/> 2. ตา<br>目  | <input type="checkbox"/> 3. หู<br>耳          | <input type="checkbox"/> 4. จมูก<br>鼻 |
| <input type="checkbox"/> 5. ปาก<br>口                         | <input type="checkbox"/> 6. ฟัน<br>歯   | <input type="checkbox"/> 7. คอ/หลอด<br>のど    |                                       |
| <input type="checkbox"/> 8. คอ/ไหล่<br>首・肩                   | <input type="checkbox"/> 9. อก<br>胸  | <input type="checkbox"/> 10. กระเพาะ<br>胃    |                                       |
| <input type="checkbox"/> 11. ท้อง<br>腹                       | <input type="checkbox"/> 12. ทวารหนัก/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบสืบพันธุ์<br>肛門・泌尿器・生殖器 | <input type="checkbox"/> 13. หลัง/เอว<br>背・腰 |                                       |
| <input type="checkbox"/> 14. มือ/แขน/เท้า/ข้อต่อ<br>手・腕・足・関節 | <input type="checkbox"/> 15. ผิวหนัง<br>皮膚   |  |                                       |

VI มีอาการเจ็บป่วยในส่วนร่างกายที่เขียนเครื่องหมาย?ในข้อ V

Vで√印を付けた部位に、痛みがありますか。

- มีอาการเจ็บป่วย                       ไม่มีอาการเจ็บป่วย  
痛みがあります。                      痛みはありません。

หากตอบว่า“มีอาการเจ็บป่วย“ กรุณาระบุในช่องว่างตามอาการของตัวเอง

「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

มีอาการเจ็บป่วยตั้งแต่ \_\_\_\_ วันก่อน หรือ \_\_\_\_ ชั่วโมงก่อน

その痛みは、 \_\_\_\_ 日前又は \_\_\_\_ 時間前から始まりました。

VII 1. ศีรษะ/ใบหน้า

頭/顔

ศีรษะ

頭

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ปวดภายนอก<br>表面が痛みます                    | <input type="checkbox"/> ปวดภายใน<br>内部が痛みます             |
| <input type="checkbox"/> ปวดเฉพาะบางส่วน<br>部分的に痛みます             | <input type="checkbox"/> ปวดตุบๆ<br>ズキンズキンします            |
| <input type="checkbox"/> ปวดชาๆ<br>ジーンとした痛みがあります。                | <input type="checkbox"/> ปวดเหมือนถูกรัด<br>しめつけるように痛みます |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกหนักๆ ตื้อๆ<br>重く感じます             | <input type="checkbox"/> รู้สึกมีวงเวียน<br>くらくらします      |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกเบลอๆ ไม่แจ่มใส<br>ぼおっとしてすっきりしません | <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他                    |

ใบหน้า

顔

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> รู้สึกหน้าร้อนๆ<br>ほてります | <input type="checkbox"/> รู้สึกหน้าบวมๆ<br>むくんでいます |
| <input type="checkbox"/> ชักกระตุก<br>ピクピク痙攣します   | <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他              |

2. ตา

目

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> รู้สึกมีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในตาข้าง (ขวา/ซ้าย)<br>(右・左)に異物感があります | <input type="checkbox"/> คันตาข้าง (ขวา/ซ้าย)<br>(右・左)がかゆい |
| <input type="checkbox"/> ปวดตาข้าง (ขวา/ซ้าย)<br>(右・左)が痛みます                            |  |
| <input type="checkbox"/> ตาเมื่อยล้าบ่อยๆ<br>疲れやすい                                     |  |
| <input type="checkbox"/> ตาแดงข้าง (ขวา/ซ้าย)<br>(右・左)が充血しています                         |  |
| <input type="checkbox"/> มองเห็นไม่ชัด<br>見えにくくなってきました                                 | <input type="checkbox"/> มองเห็นภาพซ้อน<br>ものが二重に見えます      |
| <input type="checkbox"/> ตาเบลอๆ<br>かすみます  | <input type="checkbox"/> ตาแห้ง<br>かわきます                   |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他  |  |

3. หู

耳

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ได้ยินไม่ชัดเจน<br>聞き取りにくいです       | <input type="checkbox"/> รู้สึกหูอื้อในหูข้าง (ขวา/ซ้าย)<br>耳鳴りがします(右・左)  |
| <input type="checkbox"/> ปวดหูข้าง (ขวา/ซ้าย)<br>(右・左)が痛みます | <input type="checkbox"/> มีน้ำหนวกออกจากหูข้าง (ขวา/ซ้าย)<br>耳だれが出ます(右・左) |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他                       |   |

(กรุณาเขียนเครื่องหมาย?ตรงอาการที่ตัวเองเป็นอยู่ในหน้านี้ก่อนนำไปยื่น)  
(この頁に、該当部位があれば、症状に√印を付けて提出して下さい。)

4. จมูก  
鼻

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> มีน้ำมูกไหล<br>鼻水が出ます     | <input type="checkbox"/> คัดจมูก<br>鼻がつまります       |
| <input type="checkbox"/> มีเลือดกำเดาไหล<br>鼻血が出ます | <input type="checkbox"/> คันข้างในจมูก<br>鼻の中がかゆい |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他              |   |

5. ปาก

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ปากแห้ง<br>乾きます           | <input type="checkbox"/> ปวดแก้ม<br>ほほが痛い          |
| <input type="checkbox"/> ปวดลิ้น<br>舌が痛い           | <input type="checkbox"/> เป็นแผลในปาก<br>口内炎が来ています |
| <input type="checkbox"/> ปากมีกลิ่นเหม็น<br>口臭がします | <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他              |

6. ฟัน  
歯

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ปวดฟัน<br>歯が痛い                                  | <input type="checkbox"/> เหงือกบวม<br>歯ぐきがはれています          |
| <input type="checkbox"/> เสียวฟันเมื่อดื่มน้ำเย็นจัด<br>冷たいものがしみます       | <input type="checkbox"/> ที่อุดฟันหลุดออก<br>歯の詰めものがとれました |
| <input type="checkbox"/> ปวดเหงือก<br>歯ぐきが痛い                             | <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他                     |
| <input type="checkbox"/> มีเลือดออกจากเหงือก<br>歯ぐきから出血します               |   |
| <input type="checkbox"/> ฟันบิ่น<br>歯が欠けました                              |   |
| <input type="checkbox"/> ต้องการรักษาอาการเฉพาะหน้าไปก่อน<br>応急措置だけして下さい |   |

7. คอหอย  
のど

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> เจ็บคอ<br>痛みます          | <input type="checkbox"/> เจ็บคอเมื่อกลืนอาหาร<br>ものを飲み込むときに痛みます |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกแสบคอ<br>いがらっぽいです | <input type="checkbox"/> รู้สึกมีอะไรติดคอ<br>何か詰まっている感じがします    |
| <input type="checkbox"/> เสียงแหบแห้ง<br>声がかすれます | <input type="checkbox"/> มีอาการไอ<br>せきが出ます                    |
| <input type="checkbox"/> มีเสมหะ<br>痰が出ます        | <input type="checkbox"/> มีเสมหะปนเลือด<br>血痰が出ます               |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他            |   |

(กรุณาเขียนเครื่องหมาย?ตรงอาการที่ตัวเองเป็นอยู่ในหน้านี้ก่อนนำไปยื่น)  
(この頁に、該当部位があれば、症状に√印を付けて提出して下さい。)

8. คอ/ไหล่  
首・肩

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ปวดคอ<br>首が痛い                         | <input type="checkbox"/> หันคอหรือเอียงคอไม่ได้<br>首が回らない・曲がらない |
| <input type="checkbox"/> คอเคล็ด<br>寝違えました                     | <input type="checkbox"/> เมื่อยหลังคอ<br>首の後ろがこります              |
| <input type="checkbox"/> อาการปวดคอโดยถูกกระแทก<br>むち打ち症になりました | <input type="checkbox"/> เมื่อยไหล่<br>肩がこります                   |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他                          |   |

9. ออก  
胸

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก<br>痛みます                  | <input type="checkbox"/> หัวใจเต้นแรง<br>動悸がします              |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกมีอะไรกดทับหน้าอก<br>圧迫感があります | <input type="checkbox"/> หายใจไม่สะดวก<br>息がしにくいです           |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกคลื่นไส้<br>吐き気がします           | <input type="checkbox"/> รู้สึกจุกเสียดแน่นหน้าอก<br>胸やけがします |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他                        |  |

10. กระเพาะ  
胃

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ปวดตื้อๆ<br>鈍い痛みがあります            | <input type="checkbox"/> ปวดเสียว<br>刺すように痛みます     |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกหนักๆ ตื้อๆ<br>重い感じがします    | <input type="checkbox"/> ปวดเวลาหิว<br>空腹時に痛みます    |
| <input type="checkbox"/> ปวดหลังรับประทานอาหาร<br>食後に痛みます | <input type="checkbox"/> รู้สึกคลื่นไส้<br>吐き気がします |
| <input type="checkbox"/> อาเจียน<br>吐きました                 | <input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร<br>食欲がない       |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他                     |  |

(กรุณาเขียนเครื่องหมาย?ตรงอาการที่ตัวเองเป็นอยู่ในหน้านี้ก่อนนำไปยื่น)  
(この頁に、該当部位があれば、症状に√印を付けて提出して下さい。)

11. ท้อง

腹

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ปวดท้องน้อย (สองข้าง/ข้างขวา/ข้างซ้าย)<br>(全体・右・左)下腹部が痛い | <input type="checkbox"/> ปวดมาก<br>ひどく痛みます                                     |
| <input type="checkbox"/> ปวดสีข้าง (ขวา/ซ้าย)<br>(右・左)脇腹が痛い                       | <input type="checkbox"/> ปวดท้องและรู้สึกคลื่นไส้<br>お腹が痛くて吐き気もします             |
| <input type="checkbox"/> ปวดตื้อๆ<br>鈍い痛みがあります                                    | <input type="checkbox"/> ท้องไม่ค่อยดี<br>お腹がゴロゴロします                           |
| <input type="checkbox"/> ปวดเหมือนถูกรัดทั้งท้อง<br>腹部全体が絞められるように痛みます             | <input type="checkbox"/> ท้องผูก ถ่ายอุจจาระ____ วันครั้ง 1<br>便秘です。____日に1回です |
| <input type="checkbox"/> แน่นท้อง<br>お腹がはります                                      |  |
| <input type="checkbox"/> ท้องร่วง วันละ____ ครั้ง<br>ひどい下痢です。一日____回              |  |
| <input type="checkbox"/> ท้องเสียเล็กน้อย<br>軽い下痢です                               |  |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他   |  |

12. ทวารหนัก/ระบบอวัยวะทางเดินปัสสาวะ/ระบบสืบพันธุ์

肛門・泌尿・生殖器

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวารหนัก<br>痔があります          | <input type="checkbox"/> คันทวารหนัก<br>肛門がかゆいです                 |
| <input type="checkbox"/> มีเลือดปนอุจจาระ<br>便に血が混じります       | <input type="checkbox"/> ปวดปัสสาวะบ่อยๆ<br>尿が近いです               |
| <input type="checkbox"/> เจ็บเมื่อถ่ายปัสสาวะ<br>排尿するときに痛みます | <input type="checkbox"/> ปัสสาวะเป็นเลือด<br>血尿が出ました             |
| <input type="checkbox"/> เลือดออกจากอวัยวะเพศ<br>性器から出血します   | <input type="checkbox"/> ตกขาว<br>おりものがあります                      |
| <input type="checkbox"/> ปวดท้องตอนมีประจำเดือน<br>生理痛があります  | <input type="checkbox"/> ประจำเดือนขัด<br>生理が不順です                |
| <input type="checkbox"/> ประจำเดือนขาด<br>生理がとまりました          | <input type="checkbox"/> รู้สึกคันบริเวณอวัยวะเพศ<br>陰部にかゆみがあります |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他                        |  |

13. ทหลัง/เอว

背・腰

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ปวดหลัง<br>背中が痛みます | <input type="checkbox"/> ปวดเอว<br>腰が痛みます                      |
| <input type="checkbox"/> เมื่อยเอว<br>腰がだるい | <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหว<br>体を動かすときに痛い |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他       |  |

(กรุณาเขียนเครื่องหมาย?ตรงอาการที่ตัวเองเป็นอยู่ในหน้านี้ก่อนนำไปยื่น)  
(この頁に、該当部位があれば、症状に√印を付けて提出して下さい。)

14. มือ/แขน/เท้า/ข้อต่อ

手・腕・足・関節

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> เจ็บ (มือ/เท้า)<br>(手・足)が痛みます      | <input type="checkbox"/> (มือ/เท้า) ชา<br>(手・足)がしびれています                        |
| <input type="checkbox"/> เท้าเป็นตะคริว<br>足がつります           | <input type="checkbox"/> เท้าบวม<br>足がむくんでいます                                  |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกมือและเท้าเย็น<br>手足が冷たく感じます | <input type="checkbox"/> มือ/เท้า/นิ้วแพลง<br>手・足・指をくじきました                     |
| <input type="checkbox"/> มือ/เท้า/นิ้วแพลง<br>手・足・指をくじきました  | <input type="checkbox"/> ไม่สามารถงอข้อต่อ/ยึดข้อต่อลำบาก<br>関節が曲がりません・伸びにくいです |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他                       |  |

15. ผิวหนัง

皮膚

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> คัน<br>かゆいです            | <input type="checkbox"/> ผิวหนังเจ็บ<br>痛いです     |
| <input type="checkbox"/> มีตุ่มขึ้น<br>おできができました | <input type="checkbox"/> มีผดผื่นขึ้น<br>発疹が出ました |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>その他            |  |