

សម្រាប់សិស្សកមសិក្សាបចេកទេសជាជនបរទេស

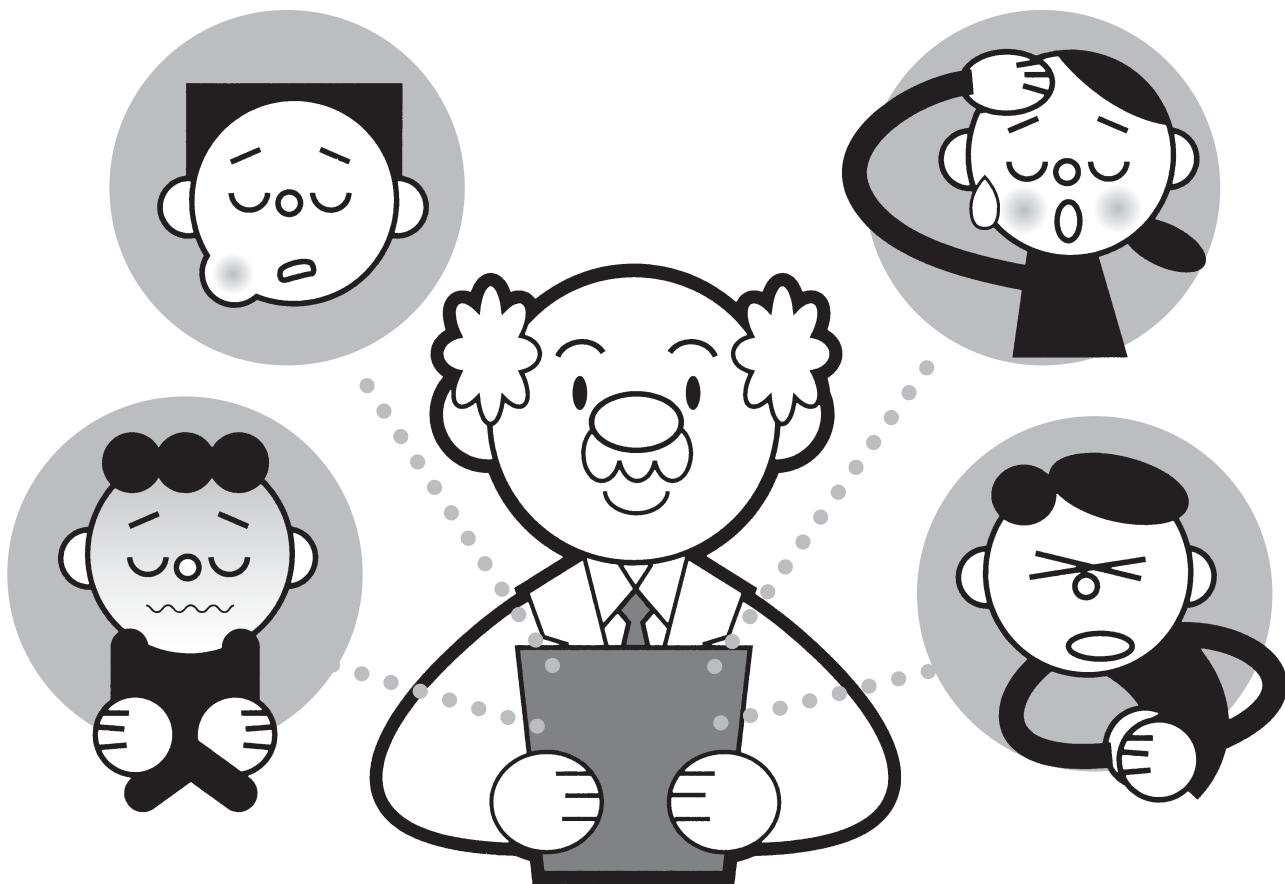
外国人技能実習生のための

ទម្រង់របាយការណ៍ផ្ទាល់ខ្លួននៃ គ្រឹះស្ថានពិនិត្យព្យាបាលជំងឺ

医療機関への自己申告表

សំណួរបន្ថែមពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាព សុខភាពរាងកាយរបស់អ្នក

補助問診票



អង្គការសហប្រតិបត្តិការបណ្តុះបណ្តាលអន្តរជាតិជប៉ុន

公益財団法人 国際研修協力機構

JITCO

(សម្រាប់សិស្សកម្មសិក្សាបច្ចេកទេសជាជនបរទេស)

(外国人技能実習生のための)

ទម្រង់របាយការណ៍ផ្ទាល់ខ្លួននៃគ្រឹះស្ថានពិនិត្យព្យាបាលជំងឺ 医療機関への自己申告表

កាលបរិច្ឆេទចូល: ឆ្នាំ ខែ ថ្ងៃ
記入日 年 月 日

ទម្រង់សំណួរនេះមានសំណួរដែលត្រូវសួរនៅកន្លែងទទួលភ្ញៀវ និងសំណួរបន្ថែមអំពីស្ថានភាពសុខភាព រាងកាយរបស់អ្នក ដែលត្រូវរាយការណ៍ដល់មន្ទីរពេទ្យ។ ចូរបំពេញទម្រង់នេះ គូសក្នុងប្រអប់សមស្រប នឹងអ្នក មុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ។ ពេលអ្នកទៅដល់មន្ទីរពេទ្យ ចូរទុកទម្រង់សំណួរនេះ នៅកន្លែងទទួលភ្ញៀវ។

病院へ申告するための「受付窓口での必要事項」と「補助問診票」です。予め記入し、該当する□に✓印を付け、受付窓口に提出して下さい。

កម្រងសំណួរដែលត្រូវសួរនៅកន្លែងទទួលភ្ញៀវ 受付窓口での必要事項

(1)	ឈ្មោះ : 名前
(2)	ភេទ : <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី 性別 男 女
(3)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត : ឆ្នាំ ខែ ថ្ងៃ 生年月日 年 月 日
(4)	អាយុ : 年齢
(5)	សញ្ជាតិ : 国籍
(6)	អាសយដ្ឋាន : 住所
(7)	ទូរសព្ទលេខ : 電話番号
(8)	ទំនាក់ទំនងមកកាន់ 連絡先 ក្រុមហ៊ុនឈ្មោះ : 企業名 អ្នកទទួលបន្ទុក : 担当者名 ទូរសព្ទលេខ : 電話番号 電話番号

(9)

តើអ្នកនឹងចូលពិនិត្យនៅផ្នែកណា?

何科を受診しますか

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ផ្នែកព្យាបាលជំងឺសរីរាង្គ
内科 | <input type="checkbox"/> ផ្នែកវះកាត់
外科 | <input type="checkbox"/> ផ្នែកព្យាបាលឆ្អឹង និងសាច់ដុំ
整形外科 |
| <input type="checkbox"/> ផ្នែកចក្ខុសាស្ត្រ
眼科 | <input type="checkbox"/> ផ្នែកត្រចៀក ច្រមុះ បំពង់ក
耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> ផ្នែកមាត់ ធ្មេញ
歯科 |
| <input type="checkbox"/> ផ្នែកតម្រងនោម
泌尿器科 | <input type="checkbox"/> ផ្នែកសម្ភព និងរោគស្ត្រី
産婦人科 | <input type="checkbox"/> ផ្នែករោគសើរស្បែក
皮膚科 |
| <input type="checkbox"/> ផ្នែកព្យាបាលសតិអារម្មណ៍ និងវិកលចរិត។
心療内科・精神科 | <input type="checkbox"/> មិនដឹងទេ
わかりません | <input type="checkbox"/> ផ្នែកព្យាបាលបន្ទាន់តែមិនសម្រាក។
救急外来 |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | | |

(10)

តើអ្នកបានមកដល់ប្រទេសជប៉ុននៅពេលណា?

いつ日本に来ましたか

ឆ្នាំ	ខែ	ថ្ងៃ
年	月	日

(11)

តើអ្នកចេះនិយាយភាសាជប៉ុនឬទេ?

日本語は話せますか

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| បាន/ចាស | ចេះតិចតួច | ទេ |
| はい | 簡単な日本語は分かります。 | いいえ |

(12)

ការចំណាយលើការព្យាបាល

医療費について

ខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ)។
健康保険 (国民健康保険) に加入しています。

()

លេខការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ)
健康保険 (国民健康保険) 証番号

ដោយខ្ញុំមិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ) ខ្ញុំនឹងគ្រប់គ្រងលើការចំណាយដោយខ្លួនឯង។
健康保険 (国民健康保険) に加入していないので、全額自費で払います。

ដោយខ្ញុំពាក់ព័ន្ធនឹងគ្រោះថ្នាក់ការងារ ខ្ញុំនឹងសុំការទូទាត់ការធានារ៉ាប់រងពីគ្រោះថ្នាក់ការងារ។
労災事故であり、労災保険の申請をします。

សំណួរបន្ថែមពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាពសុខភាពរាងកាយរបស់អ្នក 補助問診票

I ប្រវត្តិគ្រួសារ

家族歴について

ប្រសិនបើមានសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកណាម្នាក់ រួមទាំងអ្នកដែលបានស្លាប់ទៅ កើតមានជំងឺដូចគ្នាទៅនេះ: សូមគូស
រង្វង់ ○ លើប្រអប់ □ នេះ បើត្រឹមត្រូវ។

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 ប្រវត្តិនៃការព្យាបាល

既往症について

- (1) តើអ្នកធ្លាប់កើតមានជំងឺដូចខាងក្រោមនេះឬទេ? មាន គ្មាន
今まで病気にかかったことはありますか。 はい いいえ

ប្រសិនបើមាន សូមគូសក្នុងប្រអប់ដែលសមស្រប។

「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"/> ជំងឺដំណកដង្ហើម
呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> ជំងឺក្នុងសរីរាង្គរំលាយអាហារ
消化器の病気 |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម
高血圧症 | <input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង
心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺក្នុងសរីរាង្គដង្ហើម
泌尿器の病気 | <input type="checkbox"/> ជំងឺផ្នែកភេទស្ត្រី
婦人科の病気 |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺឆ្លង
感染症 | <input type="checkbox"/> ជំងឺទាស់
アレルギー疾患 |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺផ្នែកស្មារតី
心の病気 | |

ប្រសិនបើធ្លាប់កើតមានជំងឺដូចខាងលើ សូមសរសេរឈ្មោះជំងឺ: ()

その他あれば、記入して下さい。

- (2) តើអ្នកមានលេបថ្នាំជាប្រចាំទេ? បាទ/ចាស ទេ
現在、定期的に飲んでる薬がありますか。 ある ない

ប្រសិនបើមាន សូមគូសទៅក្នុងប្រអប់ដែលសមស្រប។

「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"/> ថ្នាំព្យាបាលជំងឺដំណកដង្ហើម
呼吸器病の治療薬 | <input type="checkbox"/> ថ្នាំព្យាបាលជំងឺសរីរាង្គរំលាយអាហារ
消化器病の治療薬 |
| <input type="checkbox"/> ថ្នាំព្យាបាលជំងឺលើសឈាម
高血圧の治療薬 | <input type="checkbox"/> ថ្នាំព្យាបាលជំងឺបេះដូង
心臓病の治療薬 |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ថ្នាំដក់យកេង
睡眠薬 | <input type="checkbox"/> ថ្នាំរងាប់ចិត្ត ឬបន្ធូរអារម្មណ៍
精神安定剤 |
| <input type="checkbox"/> វេជ្ជសាស្ត្រនាំមកជូនពីប្រទេសខ្ចី
母国から持ってきた | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 |

រៀបរាប់ឈ្មោះថ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកស្គាល់ ()

薬の名前がわかれば、記入して下さい。

(3) តើអ្នកធ្លាប់ឡើងកន្ទួលលើស្បែក ឬមានជំងឺទេ ក្រោយពីលេប ឬចាក់ថ្នាំ?
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。

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស
ある | <input type="checkbox"/> ទេ
ない |
|--|-----------------------------------|

ប្រសិនបើមាន សូមគូសក្នុងប្រអប់ដែលសមស្រប។
「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"/> ថ្នាំភីរីន (Pyrene)
ピリン系の薬 | <input type="checkbox"/> ថ្នាំបង្ការជំងឺ
抗生物質 |
| <input type="checkbox"/> ថ្នាំស្លឹក ឬសន្លប់
麻酔薬 | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 |

សូមសរសេរឈ្មោះថ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកស្គាល់ឈ្មោះថ្នាំ។ ()

薬の名前がわかれば、記入して下さい。

III ជាតិស្រា និងថ្នាំជក់

酒またはタバコについて

(1) តើអ្នកចេះផឹកស្រាឬទេ?

お酒を飲みますか。

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស
はい | <input type="checkbox"/> ទេ
いいえ |
|--|------------------------------------|

ប្រសិនបើផឹក សូមបំពេញក្នុងចន្លោះដែលសមស្រប។
「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

ចំពោះការផឹកម្តងៗ តើអ្នកផឹកក្នុងបរិមាណប៉ុន្មាន?

1 回に飲む量は、主に

- | | |
|---|--|
| 1. ស្រាបៀរ _____ ដប
ビール _____ 本 | 2. ស្រាអង្ករ _____ មីលីលីត្រ
日本酒 _____ ml |
| 3. ស្រា shochu _____ មីលីលីត្រ (ស្រាសុទ្ធ)
焼酎 _____ ml | |
| 4. ផ្សេងៗ (_____)
その他 | |

(2) តើអ្នកជក់បារីឬទេ?

たばこを吸っていますか。

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស (_____ ដើម/មួយថ្ងៃ)
はい (一日に約 _____ 本) | <input type="checkbox"/> អត់ទេ
いいえ |
|--|---------------------------------------|

IV តើហេតុអ្វីបានជាអ្នកមកមន្ទីរពេទ្យ?

どうしたのですか

- ព្រោះខ្ញុំមិនស្រួលខ្លួន។ ព្រោះខ្ញុំត្រូវរបួស។ ព្រោះការពិនិត្យសុខភាពឃើញប្លែកពីធម្មតា។
 体の調子が悪いので来ました。ケガをしたので来ました。健康診断で異常がみつかりましたので来ました。

(1) ស្ថានភាពទូទៅ

体全体の症状

- ខ្ញុំមានអាការក្តៅខ្លួន។ កម្ដៅរបស់ខ្ញុំគឺ ____ អង្សា។
 熱があります。熱が ____ 度あります。
 ខ្ញុំមានអាការល្ហិតល្ហៃអស់កម្លាំង។
 疲れがとれない。
 ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាអស់កម្លាំង។
 体がだるいのです。
 ខ្ញុំងាយនឹងមានជំងឺផ្តាសាយ។
 風邪をひきやすいです。
 ខ្ញុំមានអារម្មណ៍វិលមុខ។
 めまいがします。
 ខ្ញុំគេងមិនលក់ និងតែងតែភ្ញាក់ឡើងនៅពេលព្រឹកព្រលឹមពេក។
 寝つきが悪かったり、朝早く目が覚めたりします。
 ខ្ញុំមានអារម្មណ៍កើតទុក្ខក្រៀមក្រំ និងស្រងេះស្រងោច។
 気持ちが落ち込み、ゆううつです。
 ខ្ញុំមិនអាចមានអារម្មណ៍រីករាយជាមួយអ្វីដែលខ្ញុំធ្លាប់រីករាយជាមួយ។
 今まで楽しめていたことが楽しめません。
 ផ្សេងៗ
 その他

(2) អាការរោគរបស់ខ្ញុំបានបន្តកើតមានរយៈពេល ____ ថ្ងៃ។

症状は、 ____ 日前からです。

V ខ្ញុំមានភាពមិនប្រក្រតីត្រង់ផ្នែកនៃរាងកាយរបស់ខ្ញុំ បង្ហាញដោយការគូសក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម។

✓を付けた体の部位に異常があります。

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ក្បាល/មុខ
頭・顔 | <input type="checkbox"/> 2. ភ្នែក
目 | <input type="checkbox"/> 3. ត្រចៀក
耳 | <input type="checkbox"/> 4. ច្រមុះ
鼻 |
| <input type="checkbox"/> 5. មាត់
口 | <input type="checkbox"/> 6. ធ្មេញ
歯 | <input type="checkbox"/> 7. បំពង់ក
のど | |
| <input type="checkbox"/> 8. ក/ស្មា
首・肩 | <input type="checkbox"/> 9. ទ្រូង
胸 | <input type="checkbox"/> 10. ត្រពះ
胃 | |
| <input type="checkbox"/> 11. ពោះ
腹 | <input type="checkbox"/> 12. ទ្វារធំ/បង្ហូរនោម/ប្រដាប់បន្តពូជ
肛門・泌尿器・生殖器 | <input type="checkbox"/> 13. ខ្នង/ចង្កេះ
背・腰 | |
| <input type="checkbox"/> 14. ដៃ/ជើង/សន្លាក់
手・腕・足・関節 | <input type="checkbox"/> 15. ស្បែក
皮膚 | | |

VI តើអ្នកមានឈឺនៅត្រង់ចំណុចដែលបានគូសនៃសំណួរទី V ឬទេ?

V で✓印を付けた部位に、痛みがありますか。

- បាទ/ចាស គ្មានទេ
 痛みがあります。痛みはありません。

ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញក្នុងចន្លោះដែលសមស្រប។

「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

ការឈឺចាប់បានចាប់ផ្តើមមានកំរិត ____ ថ្ងៃ ឬ ____ ម៉ោងមុន។

その痛みは、 ____ 日前又は ____ 時間前から始まりました。

VII 1. ក្បាល/មុខ

頭/顔
 ក្បាល
 頭

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ឈឺចាប់ពេញទាំងក្បាល។
表面が痛みます | <input type="checkbox"/> ឈឺចាប់ក្នុងក្បាល។
内部が痛みます |
| <input type="checkbox"/> ឈឺចាប់មួយចំហឹងក្បាល។
部分的に痛みます | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺក្បាលខ្លោកៗ។
ズキンズキンします |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺស្លឹកក្បាល។
ジーンとした痛みがあります。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺក្បាលចង់ប្រកាច់។
しめつけるように痛みます |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ធ្ងន់ក្បាល។
重く感じます | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍រលែមុខ។
くらくらします |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ព្រឺក្បាល និងគ្មានអារម្មណ៍ស្រស់ថ្លា។
ぼおっとしてすっきりしません | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 |

មុខ
 顔

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> មុខរបស់ខ្ញុំឡើងមានពន្លឺ។
ほてります | <input type="checkbox"/> មុខរបស់ខ្ញុំហើម។
むくんでいます |
| <input type="checkbox"/> មុខរបស់ខ្ញុំកន្ត្រាក់/ញាក់។
ピクピク痙攣します | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 |

2. ភ្នែក

目

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ដូចជាមានអ្វីមួយនៅក្នុងភ្នែក (ឆ្វេង/ស្តាំ) របស់ខ្ញុំ។
(右・左) に異物感があります | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍រមាស់ក្នុងភ្នែក (ឆ្វេង/ស្តាំ)។
(右・左) がかゆい |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺភ្នែក (ឆ្វេង/ស្តាំ)។
(右・左) が痛みます | |
| <input type="checkbox"/> ភ្នែករបស់ខ្ញុំងាយនឹងរោយណាស់។
疲れやすい | |
| <input type="checkbox"/> ភ្នែក (ឆ្វេង/ស្តាំ) របស់ខ្ញុំឡើងក្រហម។
(右・左) が充血しています | |
| <input type="checkbox"/> ភ្នែកខ្ញុំមើលមិនច្បាស់។
見えにくくなってきました | <input type="checkbox"/> ភ្នែកខ្ញុំមើលទៅឃើញបែងភាគ។
ものが二重に見えます |
| <input type="checkbox"/> ភ្នែកខ្ញុំមើលឃើញព្រិល។
かすみます | <input type="checkbox"/> ភ្នែកខ្ញុំឡើងស្អុត។
かわきます |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | |

3. ត្រចៀក

耳

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំស្តាប់មិនសូវឮ។
聞き取りにくいです | <input type="checkbox"/> ត្រចៀក (ឆ្វេង/ស្តាំ) របស់ខ្ញុំមានឮសម្លេង។
耳鳴りがします (右・左) |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺត្រចៀក (ឆ្វេង/ស្តាំ)។
(右・左) が痛みます | <input type="checkbox"/> ត្រចៀក (ឆ្វេង/ស្តាំ) របស់ខ្ញុំហូរអំបៅអំបៅ។
耳だれが出ます (右・左) |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | |

4. ច្រមុះ

鼻

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំហៀរសម្បូរ។
鼻水が出ます | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការៈតឹងច្រមុះ។
鼻がつまります |
| <input type="checkbox"/> ច្រមុះរបស់ខ្ញុំមានហូរឈាម។
鼻血が出ます | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍រមាស់ក្នុងច្រមុះ។
鼻の中がかゆい |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | |

5. មាត់

口

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការៈស្ងួតមាត់។
乾きます | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការៈឈឺក្នុងមាត់។
ほほが痛い |
| <input type="checkbox"/> អណ្តាតរបស់ខ្ញុំឈឺ។
舌が痛い | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការៈហើមរលាកមាត់។
口内炎が来ています |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការៈជក្លិនមាត់។
口臭がします | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 |

6. ធ្មេញ

歯

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺធ្មេញ។
歯が痛い | |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឈឺស្រាវធ្មេញ នៅពេលខ្ញុំដាក់អ្វីត្រជាក់ចូលទៅក្នុងមាត់។
冷たいものがしみます | |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺតាមអញ្ចាញធ្មេញ។
歯ぐきが痛い | <input type="checkbox"/> អញ្ចាញធ្មេញរបស់ខ្ញុំឡើងហើម។
歯ぐきはれています |
| <input type="checkbox"/> អញ្ចាញធ្មេញរបស់ខ្ញុំមានហូរឈាម។
歯ぐきから出血します | <input type="checkbox"/> សំណាប់ធ្មេញចេញពីធ្មេញរបស់ខ្ញុំ។
歯の詰めものがとれました |
| <input type="checkbox"/> ធ្មេញរបស់ខ្ញុំបាក់ ឬប្រេះ។
歯が欠けました | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំចង់បានតែវិធានការណ៍បណ្តោះអាសន្នប៉ុណ្ណោះ។
応急措置だけして下さい | |

7. បំពងក

のど

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺបំពងក។
痛みます | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំអារម្មណ៍ឈឺបំពងកពេលខ្ញុំលេបអ្វីចូល។
ものを飲み込むときに痛みます |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការៈរលាកបំពងក។
いがらっぽいのです | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការៈស្ទះបំពងក។
何か詰まっている感じがします |
| <input type="checkbox"/> សម្លេងរបស់ខ្ញុំឡើងស្តួក។
声がかすれます | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំក្អក។
せきが出ます |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានស្នែស។
痰が出ます | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានកំហាកឈាម។
血痰が出ます |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | |

8. ក/ស្មា

首・肩

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឈឺត្រង់ករបស់ខ្ញុំ។
首が痛い | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនអាចងាក/បែរបានទេ។
首が回らない・曲がらない |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺចាប់ត្រង់កពេលខ្ញុំគេង។
寝違えました | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឈឺរោយកញ្ជឹងក។
首の後ろがこります |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺកពេលក្បាលដោកចុងឡើង។
むち打ち症になりました | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការរោយស្មា។
肩がこります |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | |

9. ទ្រូង

胸

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺទ្រូង។
痛みます | <input type="checkbox"/> បេះដូងរបស់ខ្ញុំងើរឆ្នាំងៗ។
動悸がします |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍មានសម្ពាធត្រងទ្រូង។
圧迫感があります | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំពិបាកដកដង្ហើម។
息がしにくいです |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការចង់ក្អក។
吐き気がします | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការចុកចុងដង្ហើម។
胸やけがします |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | |

10. ក្រពះ

胃

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺក្រពះស្មើៗ។
鈍い痛みがあります | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺផ្សាក្នុងក្រពះ។
刺すように痛みます |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ធ្ងន់ក្រពះ។
重い感じがします | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺក្រពះពេលខ្ញុំឃ្នាន។
空腹時に痛みます |
| <input type="checkbox"/> ក្រពះរបស់ខ្ញុំឈឺក្រោយបូបអាហារហើយ។
食後に痛みます | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការចង់ក្អក។
吐き気がします |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំបានក្អកចង្ហោរ។
吐きました | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការមិនឃ្នានអាហារ។
食欲がない |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | |

11. ពោះ:

腹

- ខ្ញុំឈឺក្នុងបរិវេណពោះ: (ពេញទាំងពោះ/ខាងស្តាំ/ខាងឆ្វេង)។
(全体・右・左) 下腹部が痛い
- ពោះចំហៀងខាង (ស្តាំ/ឆ្វេង) របស់ខ្ញុំឈឺចាប់។ ខ្ញុំឈឺពោះយ៉ាងខ្លាំង។
(右・左) 脇腹が痛い ひどく痛みます
- ខ្ញុំឈឺពោះស្មើញៗ។ ខ្ញុំឈឺពោះ និងចង់ក្អក។
鈍い痛みがあります お腹が痛くて吐き気もします
- ខ្ញុំឈឺចុកចាប់ពេញផ្ទៃពោះ។
腹部全体が絞められるように痛みます
- ពោះរបស់ខ្ញុំហើម។ ពោះរៀនរបស់ខ្ញុំឮសូរ (កូរពោះ)។
お腹がはります お腹がゴロゴロします
- ខ្ញុំមានអាការៈរាករូសធ្ងន់ធ្ងរ។ [____ ដងក្នុងមួយថ្ងៃ]
ひどい下痢です。一日 ____ 回
- ខ្ញុំមានអាការៈរាករូសមិនធ្ងន់ធ្ងរ។ ខ្ញុំមានជំងឺទល់លាមក។ មានម្តងក្នុង ____ ថ្ងៃ។
軽い下痢です 便秘です。 ____ 日に1回です
- ផ្សេងៗ
その他

12. ទ្វារធំ/បង្ហូរនោម/ប្រដាប់បន្តពូជ

肌門・泌尿・生殖器

- ខ្ញុំមានជំងឺឬសដូងបាត។ ខ្ញុំមានអារម្មណ៍រមាស់ក្នុងទ្វារធំ។
痔があります 肌門がかゆいです
- ខ្ញុំបត់ជើងមកលាមកមានឈាម។ ខ្ញុំជុះនោមញឹកញាប់។
便に血が混じります 尿が近いです
- ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឈឺនៅពេលជុះនោម។ ខ្ញុំជុះនោមមានឈាម។
排尿するときに痛みます 血尿が出ました
- ប្រដាប់កេនរបស់ខ្ញុំមានចេញឈាម។ មានទឹកហូរចេញពីស្បូនរបស់ខ្ញុំ។
性器から出血します おりものがあります
- ខ្ញុំឈឺចាប់ពេលមានរដូវ។ ខ្ញុំមករដូវមិនទៀងទាត់។
生理痛があります 生理が不順です
- ខ្ញុំមានអាការៈរាំងរដូវ។ ខ្ញុំមានអារម្មណ៍រមាស់ក្នុងប្រដាប់បន្តពូជ។
生理がとまりました 陰部にかゆみがあります
- ផ្សេងៗ
その他

13. ខ្នង/ចង្កេះ:

背・腰

- ខ្ញុំឈឺខ្នង។ ខ្ញុំឈឺចង្កេះ។
背中が痛みます 腰が痛みます
- ខ្ញុំមានអាការៈខ្សោយចង្កេះ។ ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឈឺចាប់ពេលខ្ញុំកម្រើករាងកាយ។
腰がだるい 体を動かすときに痛い
- ផ្សេងៗ
その他

14. ដៃ/ជើង/សន្លាក់

手・腕・足・関節

- ខ្ញុំឈឺ (ដៃ/ជើង)។
(手・足) が痛みます
- ដៃ/ជើងរបស់ខ្ញុំឡើងស្លឹក។
(手・足) がしびれています
- ជើងរបស់ខ្ញុំរមួលក្រពើ។
足がつります
- ជើងរបស់ខ្ញុំហើម។
足がむくんでいます
- ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ច្រជាក់ដៃ និងជើង។
手足が冷たく感じます
- ខ្ញុំក្រេចដៃ/ជើង/ម្រាមដៃ។
手・足・指をくじきました
- ខ្ញុំមិនអាចបត់បែនសន្លាក់ (ជង្គង់)/វាមានការពិបាកលាតជង្គង់ឲ្យត្រង់។
関節が曲がりません・伸びにくいです
- ផ្សេងៗ
その他

15. ស្បែក

皮膚

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍រមាស់ស្បែក។
かゆいです | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឈឺលើស្បែក។
痛いです |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានពងបែកលើស្បែក។
おできができました | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានចេញខ្លុះលើស្បែក។
発疹が出ました |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | |

JITCO