

แบบสอบถามอาการแพนกลีลยกรรมประสาทสมอง 脳神経外科問診票

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ ปีพ.ศ. 年 _____ เดือน 月 _____ วันที่ 日 _____

ชื่อและนามสกุล 名前	<input type="checkbox"/> ชาย 男	<input type="checkbox"/> หญิง 女
วันเดือนปีเกิด 生年月日	ปีพ.ศ. 年	เดือน 月
ที่อยู่ 住所	เบอร์โทรศัพท์ 電話	
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ไม่มี 無	<input type="checkbox"/> มี 有
สัญชาติ 国籍	ภาษา 言葉	

มีอาการอย่างไร どうされましたか?

ปวดหัว 頭痛 เวียนศีรษะ めまい คลื่นไส้ 吐き気 อาเจียร 嘔吐

รู้สึกมีเสียงอื้อในหู 耳鳴り เมื่อยไหล่ 肩こり เป็นเหน็บ しびれ แขนขาเป็นเหน็บ 手足のふるえ

หมดสติ 意識がなくなる ได้ยินเสียงไม่ค่อยชัด 聞こえにくい มองเห็นไม่ชัด 物が見えにくい

เดินไม่สะดวก 歩きにくい แขนขาเคลื่อนไหวไม่สะดวก 手足の動きが悪い อื่นๆ その他

มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ それはいつごろからですか? ตั้งแต่ปีพ.ศ. 年 เดือน 月 วันที่ 日 から

หัวเคยได้รับการกระทบกระเทือนมาหรือไม่ 頭をぶつきましたか?

ไม่เคย 無 เคย 有 → ปีพ.ศ. 年 เดือน 月 วันที่ 日

ส่วนไหนของหัวถูกกระทบกระเทือน どこをぶつきましたか?

หัวด้านหน้า 前頭部 หัวด้านหลัง 後頭部 หัวข้างขวา 右横 หัวข้างซ้าย 左横

เกิดอุบัติเหตุบนถนนใช่หรือไม่ 交通事故ですか? ไม่ใช่ いいえ ใช่ はい

คำถามสำหรับผู้ปวดหัว 頭痛のある方はお答えください

มีอาการปวดหัวอย่างไร どのように始まりましたか? โดยกะทันหัน 突然 ค่อยๆเกิดขึ้นมา 徐々に

เจ็บตรงไหน どこが痛みますか?

หัวด้านหน้า 前頭部 หัวด้านหลัง 後頭部 หัวข้างขวา 右横 หัวข้างซ้าย 左横 ทั้งหมด 頭全体

เจ็บอย่างไร どのように痛みますか?

เต้นตุบๆตึกๆ ズキンズキン ปวดอย่างรุนแรง ガンガン รู้สึกชา キリキリ ปวดจี๊ดขึ้นมา チクチク

เจ็บเหมือนถูกดองทุบ ガーンと割れるように อื่นๆ その他

มีอาการเจ็บมากที่สุดเวลาไหนいつが一番痛みますか?

ตอนเช้า 朝 ตอนกลางวัน 昼 ตอนเย็น 夕方 ตลอดทั้งวัน 一日中

เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか?

ไม่เคย 無 เคย 有 → ยา 薬 อาหาร 食物 อื่นๆ その他

ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲んでいる薬はありますか?

ไม่กิน 無 กิน 有 → ขณะนี้ถ้ามียานั้นอยู่ขอจดหน่อย 持っていれば見せてください

คำถามสำหรับผู้หญิง 女性の方への質問です

ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ อาจมีครรภ์หรือไม่ 妊娠していますか、またその可能性はありますか?

ไม่มี いいえ มี はい → _____ เดือน 月

ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ 授乳中ですか? ไม่ให้ いいえ ให้ はい

ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง 過去にどのような病気をしましたか?

โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 胃腸の病気 โรคตับ 肝臓の病気 โรคหัวใจ 心臓の病気

โรคไต 腎臓の病気 วัณโรค 結核 โรคความดันโลหิตสูง 高血圧症 โรคเบาหวาน 糖尿病

หืด 喘息 โรคเอดส์ エイズ โรคต่อมไทรอยด์ 甲状腺の病気 อื่นๆ その他

โรคนั้นหายแล้วหรือยัง その病気はなおりましたか? ยังไม่หาย いいえ หายแล้ว はい

เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ 麻酔をしてトラブルがありましたか? ไม่เคย いいえ เคย はい

เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 手術をうけたことがありますか? ไม่เคย いいえ เคย はい

เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ 輸血をうけたことがありますか? ไม่เคย いいえ เคย はい

ดื่มเหล้าหรือไม่ お酒を飲みますか? ไม่ดื่ม いいえ ดื่ม はい → วันละ _____ ม.ล. ml / 日

สูบบุหรี่หรือไม่ 煙草を吸いますか? ไม่สูบ いいえ สูบ はい → วันละ _____ มวน 本 / 日