

## Neŭrokirurgio

Esperanto/エスペラント

## 脳外科問診票

Jaro/年 Monato/月 Tago/日

|                                            |                                                                    |               |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|
| Nomo 名前                                    | <input type="checkbox"/> Viro 男 <input type="checkbox"/> Virino 女  | Aĝo 年齢        |
| Adreso 住所                                  | Telefono 電話                                                        |               |
| Ĉu vi portas san-asekuron?<br>健康保険を持っていますか | <input type="checkbox"/> Jes はい<br><input type="checkbox"/> Ne いいえ | Nacieco<br>国籍 |
|                                            |                                                                    | Lingvo<br>言語  |

|                                              |                                                     |                                                               |                                            |                                     |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| Kio estas viaj simptomoj?<br>どうしましたか         | <input type="checkbox"/> kapdoloro<br>頭痛            | <input type="checkbox"/> kapturniĝo<br>めまい                    | <input type="checkbox"/> vomemo<br>吐き気     | <input type="checkbox"/> vomo<br>嘔吐 |
|                                              | <input type="checkbox"/> orelzumoj<br>耳鳴り           | <input type="checkbox"/> rigida ŝultro<br>肩こり                 | <input type="checkbox"/> paraliziĝo<br>しびれ |                                     |
|                                              | <input type="checkbox"/> perdas konscion<br>意識がなくなる | <input type="checkbox"/> malfacile aŭdas<br>聞こえにくい            |                                            |                                     |
| Metu signon ( ✓ ) al<br>respondaj simptomoj. | <input type="checkbox"/> malfacile vidas<br>物が見えにくい | <input type="checkbox"/> malfacile movas membrojn<br>手足の動きが悪い |                                            |                                     |
| 該当するものをチェックしてください                            | <input type="checkbox"/> malfacile paŝas<br>歩きにくい   | <input type="checkbox"/> tremo de membroj<br>手足のふるえ           | <input type="checkbox"/> ceteraj<br>その他    |                                     |

|                                             |                             |
|---------------------------------------------|-----------------------------|
| De kiam vi havas la simptomojn?<br>いつ頃からですか | Ekde _____                  |
|                                             | jaro /年 monato /月 tago /日から |

|                                                  |                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ĉu vi antaŭe koliziis je via kapo?<br>頭をぶつきましたか  | <input type="checkbox"/> Jes → _____ jaro _____ monato _____ tago<br>はい 年 月 日                                                                            |
|                                                  | <input type="checkbox"/> Ne<br>いいえ                                                                                                                       |
| * Kiun parton de via kapo?<br>どこをぶつきましたか         | <input type="checkbox"/> antaŭo <input type="checkbox"/> malantaŭo <input type="checkbox"/> dekstro <input type="checkbox"/> maldekstro<br>前頭部 後頭部 右横 左横 |
| * Ĉu tio estis pro trafika akcidento?<br>交通事故ですか | <input type="checkbox"/> Jes <input type="checkbox"/> Ne<br>はい いいえ                                                                                       |

|                                                             |                                                                                                                                                                            |            |              |            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|------------|
| Tiu, kiu havas kapdoloron, respondu jene.<br>頭痛のある方はお答えください |                                                                                                                                                                            |            |              |            |
| * Kiom longe vi havas kapdoloron?<br>いつからですか                | ekde _____                                                                                                                                                                 | jaro _____ | monato _____ | tago _____ |
|                                                             |                                                                                                                                                                            | 年          | 月            | 日から        |
| * Kiel ĝi komenciĝis? →                                     | <input type="checkbox"/> subite <input type="checkbox"/> pli kaj pli                                                                                                       |            |              |            |
| どの様に始まりましたか                                                 | 突然 徐々に                                                                                                                                                                     |            |              |            |
| * Kie estas la doloro? →                                    | <input type="checkbox"/> antaŭo <input type="checkbox"/> malantaŭo <input type="checkbox"/> dekstro <input type="checkbox"/> maldekstro <input type="checkbox"/> tuta kapo |            |              |            |
| どこが痛みますか                                                    | 前頭部 後頭部 右横 左横 頭全体                                                                                                                                                          |            |              |            |
| * Tipo de la doloro. →                                      | <input type="checkbox"/> pulsade <input type="checkbox"/> akre / severe <input type="checkbox"/> pikpike <input type="checkbox"/> piketade                                 |            |              |            |
| どの様に痛みますか                                                   | ズキンズキン ガンガン キリキリ チクチク                                                                                                                                                      |            |              |            |
|                                                             | <input type="checkbox"/> kvazaŭ martelita <input type="checkbox"/> ceteraj                                                                                                 |            |              |            |
|                                                             | ガーンと割れるように                                                                                                                                                                 | その他        |              |            |
| * Kiam la doloro estas la plej forta? →                     | <input type="checkbox"/> mateno <input type="checkbox"/> tago <input type="checkbox"/> vespero <input type="checkbox"/> tuta tago                                          |            |              |            |
| いつが一番痛みますか                                                  | 朝 昼 夕 一日中                                                                                                                                                                  |            |              |            |

|                                                                                |                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ĉu vi spertis alergion pro medikamento aŭ manĝaĵo?<br>薬や食べ物等でアレルギーを生じたことがありますか | <input type="checkbox"/> Jes 有 → <input type="checkbox"/> medikamento <input type="checkbox"/> manĝaĵo <input type="checkbox"/> aliaj<br><input type="checkbox"/> Ne 無 薬 食べ物 その他 |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                |                                                                                                                             |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ĉu vi nun uzas medikamenton?<br>現在飲んでいる薬はありますか | <input type="checkbox"/> Jes 有 → Montru medikamenton, se vi nun portas!<br>今持っていれば、見せてください<br><input type="checkbox"/> Ne 無 |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                  |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Demando al virino: 女性の方への質問です                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |                                                                                                                                      |
| * Ĉu vi estas (aŭ eble estas) graveda?<br>現在妊娠していますか、また可能性がありますか |                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Jes<br>はい                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Ne<br>いいえ                                                                                                   |
| * Ĉu vi mamnutras bebon?<br>授乳中ですか                               |                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Jes<br>はい                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Ne<br>いいえ                                                                                                   |
| Kiun malsanon vi havis en la pasinteco?<br>今までにかかった病気            | <input type="checkbox"/> stomaka aŭ intesta malsano<br>胃腸の病気<br><input type="checkbox"/> rena malsano<br>腎臓の病気<br><input type="checkbox"/> tiroida malsano<br>甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> hepata malsano<br>肝臓の病気<br><input type="checkbox"/> hipertensio<br>高血圧症<br><input type="checkbox"/> aidoso<br>エイズ | <input type="checkbox"/> kora malsano<br>心臓の病気<br><input type="checkbox"/> diabeto<br>糖尿病<br><input type="checkbox"/> ceteraj<br>その他 |
| Ĉu vi havis problemon je anestezo?<br>麻酔をして何かトラブルがありましたか         |                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Jes<br>はい                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Ne<br>いいえ                                                                                                   |
| Ĉu vi spertis operacion?<br>手術を受けたことがありますか                       |                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Jes<br>はい                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Ne<br>いいえ                                                                                                   |
| Ĉu vi iam ricevis sangotransfuzon?<br>輸血を受けたことがありますか             |                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Jes<br>はい                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Ne<br>いいえ                                                                                                   |
| Ĉu vi drinkas?<br>お酒を飲みますか                                       | <input type="checkbox"/> Jes<br>飲む                                                                                                                                   | <u>          ml/ tage          </u><br>ml/ 日                                                                                               | <input type="checkbox"/> Ne<br>飲まない                                                                                                  |
| Ĉu vi fumas?<br>煙草を吸いますか                                         | <input type="checkbox"/> Jes<br>吸う                                                                                                                                   | <u>          nombro/ tage          </u><br>本 / 日                                                                                           | <input type="checkbox"/> Ne<br>吸わない                                                                                                  |