

សម្រាប់សិស្សកម្មសិក្សាបច្ចេកទេសជាជនបរទេស

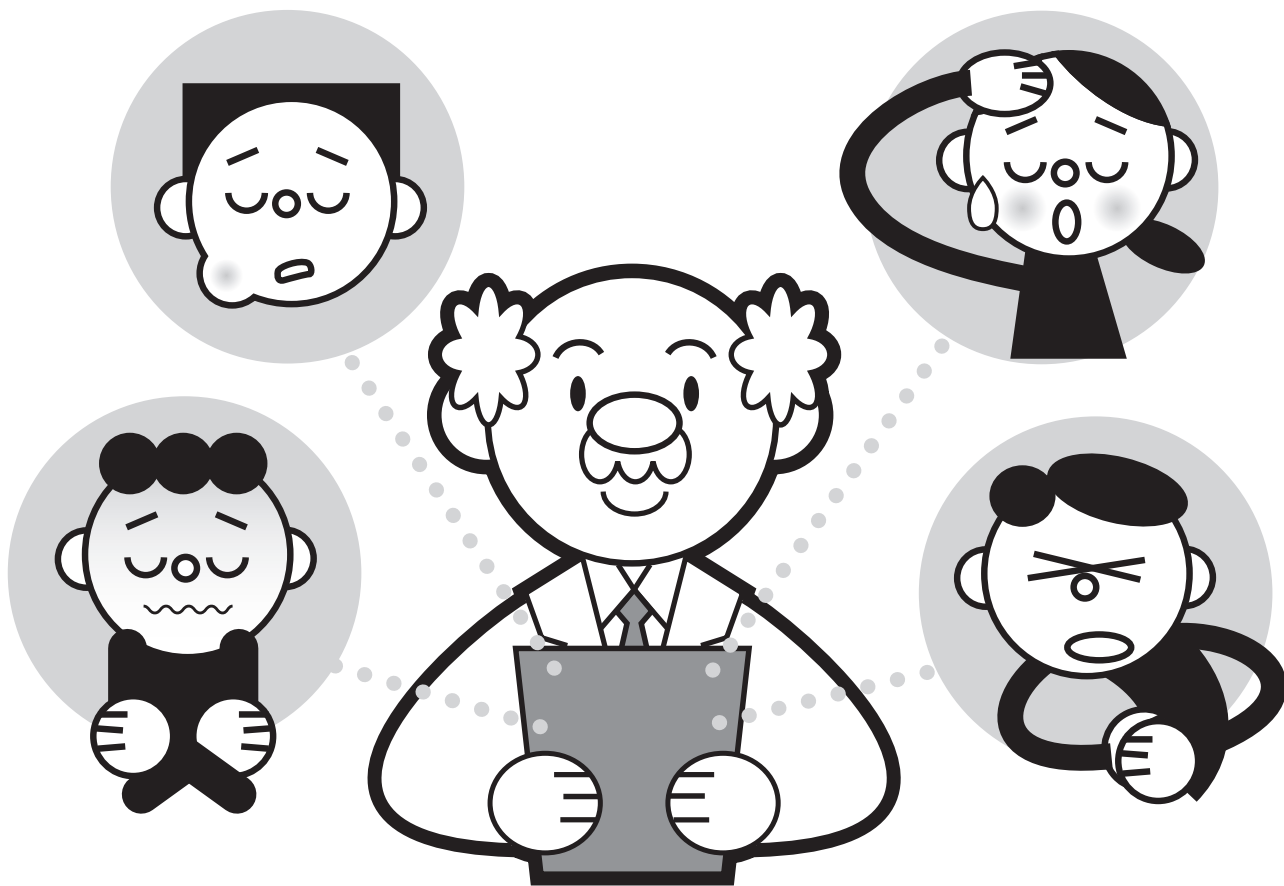
外国人技能実習生のための

ទម្រង់របាយការណ៍ផ្ទាល់ខ្លួនដាក់ជូន គ្រឹះស្ថានពិនិត្យព្យាបាលជំងឺ

医療機関への自己申告表

សំណួរបន្ថែមពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាព សុខភាពរាងកាយរបស់អ្នក

補助問診票



(សម្រាប់សិស្សកម្មសិក្សាបច្ចេកទេសជាជនបរទេស)
(外国人技能実習生のための)

ទម្រង់របាយការណ៍ផ្ទាល់ខ្លួនដាក់ជូនគ្រឹះស្ថានពិនិត្យព្យាបាលជំងឺ 医療機関への自己申告表

កាលបរិច្ឆេទ ឆ្នាំ ខែ ថ្ងៃទី
記入日 年 月 日

ទម្រង់សំណួរនេះមានសំណួរដែលត្រូវសួរនៅកន្លែងទទួលភ្ញៀវ និងសំណួរបន្ថែមអំពីស្ថានភាពសុខភាពរាងកាយរបស់អ្នក ដែលត្រូវរាយការណ៍ដល់មន្ទីរពេទ្យ។ ចូរបំពេញទម្រង់នេះ ដោយគូសសញ្ញា✓ក្នុងប្រអប់ដែលសមស្របនឹងអ្នក មុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ។ ពេលអ្នកទៅដល់មន្ទីរពេទ្យ ចូរប្រគល់ទម្រង់សំណួរនេះនៅកន្លែងទទួលភ្ញៀវ។

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

(9) តើអ្នកនឹងចូលពិនិត្យនៅផ្នែកណា?

何科を受診しますか。

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ផ្នែកព្យាបាលជំងឺសរីរាង្គខាងក្នុង
内科 | <input type="checkbox"/> ផ្នែកវះកាត់
外科 | <input type="checkbox"/> ផ្នែកព្យាបាលផ្ទៃ 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 និងពេទ្យស្ត្រី
産婦人科 | <input type="checkbox"/> ផ្នែកពេទ្យស្បែក
皮膚科 |
| <input type="checkbox"/> ផ្នែកព្យាបាលសតិអារម្មណ៍ និងវិកលចរិត
心療内科・精神科 | | <input type="checkbox"/> ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់
救急外来 |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | <input type="checkbox"/> មិនដឹងទេ។
わかりません | |

(10) តើអ្នកបានមកដល់ប្រទេសជប៉ុននៅពេលណា?

いつ日本に来ましたか。

ឆ្នាំ	ខែ	ថ្ងៃទី
年	月	日

(11) តើអ្នកចេះនិយាយភាសាជប៉ុនឬទេ?

日本語は話せますか。

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| បាទ/ចាស | ចេះតិចតួច។ | ទេ |
| はい | 簡単な日本語はわかります。 | 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)に加入していませんので、全額自費で払います。

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

កាលបរិច្ឆេទ :
記入日

ឆ្នាំ
年

ខែ
月

ថ្ងៃទី
日

សំណួរបន្ថែមពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាពសុខភាពរាងកាយរបស់អ្នក 補助問診票

I ប្រវត្តិគ្រួសារ

家族歴について

ប្រសិនបើមានជំងឺគ្រួសារណាម្នាក់របស់អ្នក រួមទាំងអ្នកដែលបានស្លាប់ទៅ កើតមានអាការៈដូចខាងក្រោមនេះ
សូមគូសរង្វង់○ជុំវិញប្រអប់□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 សូមគូសសញ្ញា✓ ក្នុងប្រអប់ដែលសមស្រប។
「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"/> ជំងឺផ្លូវដង្ហើម
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"/> ជំងឺប្រព័ន្ធតម្រងនោម
泌尿器の病気 | <input type="checkbox"/> ជំងឺផ្នែកពេទ្យស្ត្រី
婦人科の病気 |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺឆ្លង
感染症 | <input type="checkbox"/> ជំងឺប្រតិកម្ម
アレルギー疾患 |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺផ្នែកស្មារតី
心の病気 | |

ប្រសិនបើធ្លាប់កើតមានជំងឺអ្វីផ្សេងទៀត 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 សូមគូសសញ្ញា✓ ក្នុងប្រអប់ដែលសមស្រប។
「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"/> ថ្នាំព្យាបាលជំងឺផ្លូវដង្ហើម
呼吸器病の治療薬 | <input type="checkbox"/> ថ្នាំព្យាបាលជំងឺប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ
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"/> ថ្នាំឯងយគេង
睡眠薬 | <input type="checkbox"/> ថ្នាំរំលាយចិត្ត ឬ បន្ថយអារម្មណ៍
精神安定剤 |
| <input type="checkbox"/> ថ្នាំយកមកពីប្រទេសកំណើត
母国から持ってきた。 | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 |

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

- (3) តើអ្នកធ្លាប់ឡើងកន្ទួលលើស្បែក ឬមិនស្រួលខ្លួនទេ 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 សូមគូសសញ្ញា✓ក្នុងប្រអប់ដែលសមស្រប
「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"/> ថ្នាំពពួកពីរីន (Pyrine) ピリン系の薬	<input type="checkbox"/> ថ្នាំសម្លាប់មេរោគ ឬអង់ទីប៊ីយ៉ូទិច 抗生物質
<input type="checkbox"/> ថ្នាំស្លឹក ឬសន្លប់ 麻酔薬	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ その他

សូមសរសេរឈ្មោះថ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកស្គាល់។ ()
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) តើអ្នកញ៉ាំស្រាដែរឬទេ?
お酒を飲みますか。
- | | |
|----------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស
はい | <input type="checkbox"/> ទេ
いいえ |
|----------------------------------------|------------------------------------|

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

ប្រសិនបើអ្នកញ៉ាំស្រា សូមបំពេញក្នុងចន្លោះដែលសមស្រប។
1 回に飲む量は、主に

1. ស្របៀរ _____ ដប ビール _____ 本	2. ស្រាអង្ករជប៉ុន _____ មិល្លីលីត្រ 日本酒 _____ ml
3. ស្រា Shochu _____ មិល្លីលីត្រ (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 (ប្រមាណ _____ 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។

体の調子が悪いので、来ました。

ព្រោះខ្ញុំត្រូវរបួស។

ケガをしたので、来ました。

ព្រោះការពិនិត្យសុខភាពបង្ហាញភាពមិនប្រក្រតី។

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) អាការពេករបស់ខ្ញុំបានបន្តកើតមានរយៈពេល_____ ថ្ងៃ ។

症状は、_____ 日前からです。

V ខ្ញុំមានភាពខុសប្រក្រតីត្រង់ផ្នែកនៃរាងកាយរបស់ខ្ញុំ បង្ហាញដោយការគូសសញ្ញា✓ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម។

✓印を付けた体の部位に異常があります。

1. ក្បាល/មុខ

頭・顔

2. ភ្នែក

目

3. ត្រចៀក

耳

4. ច្រមុះ

鼻

5. មាត់

口

6. ធ្មេញ

歯

7. បំពង់ក

のど

8. ក/ស្មា

首・肩

9. ទ្រង

胸

10. ក្រពះ

胃

11. ពោះ

腹

12. ទ្វារធំ/ប្រព័ន្ធតម្រង់នោម/ប្រដាប់បន្តពូជ

肛門・泌尿器・生殖器

13. ខ្នង/ចង្កេះ

背・腰

14. ដៃ/ជើង/សន្លាក់

手・腕・足・関節

15. ស្បែក

皮膚

VI តើអ្នកមានអាការរលឹចាប់ត្រង់ចំណុចដែលបានគូសសញ្ញា✓ នៅក្នុងសំណួរទី V ឬទេ?

Vで✓印を付けた部位に、痛みがありますか。

បាទ/ចាស

痛みがあります。

គ្មានទេ

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。

ការរលឹចាប់បានចាប់ផ្ដើមមានតាំងពី_____ 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"/> ឈឺចាប់នៅលើផ្ទៃក្បាល។
表面が痛みます。 | <input type="checkbox"/> ឈឺចាប់ក្នុងក្បាល។
内部が痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> ឈឺចាប់មួយចំហៀងក្បាល។
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"/> ខ្ញុំឈឺក្បាលដូចត្រូវគេរឹត។
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"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍វិលមុខ។
くらくらします。 |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍កាំងម្តងៗនិងគ្មានអារម្មណ៍ស្រស់ថ្លា។
ぼおっとしてすっきりしません。 | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 |

មុខa
顔

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> មានអារម្មណ៍ក្តៅមុខ។
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(ស្តាំ/ឆ្វេង) របស់ខ្ញុំ។
(右・左)に異物感があります。 | |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺភ្នែក(ស្តាំ/ឆ្វេង)។
(右・左)が痛みます。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍រមាស់ក្នុងភ្នែក(ស្តាំ/ឆ្វេង)។
(右・左)がかゆい。 |
| <input type="checkbox"/> ភ្នែករបស់ខ្ញុំងាយនឹងរួយណាស់។
疲れやすい。 | |
| <input type="checkbox"/> ភ្នែក(ស្តាំ/ឆ្វេង)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"/> ភ្នែកខ្ញុំឡើងស្ងួត។
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 (ស្តាំ/ឆ្វេង) របស់ខ្ញុំហ៊ឹង
耳鳴りがします。(右・左) |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺត្រចៀក (ស្តាំ/ឆ្វេង)
(右・左)が痛みます。 | <input type="checkbox"/> ត្រចៀក (ស្តាំ/ឆ្វេង) របស់ខ្ញុំហូរអំពៅអំបែក
耳だれが出ます。(右・左) |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | |

4. ច្រមុះ

鼻

- | | |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំហៀរសម្បុរ។
鼻水が出ます。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការតឹងច្រមុះ។
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"/> ខ្ញុំមានអាការស្ងួតមាត់។
乾きます。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការឈឺក្នុងថ្ពាល់។
ほほが痛い。 |
| <input type="checkbox"/> អណ្តាតរបស់ខ្ញុំឈឺ។
舌が痛い。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានពងបែកក្នុងមាត់។
口内炎が出来ています。 |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការជុំក្លិនមាត់។
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"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ស្រៀវធ្មេញ 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។
歯ぐきははれています。 |
| <input type="checkbox"/> អញ្ចាញធ្មេញរបស់ខ្ញុំមានហូរឈាម។
歯ぐきから出血します。 | <input type="checkbox"/> សារធាតុប៉ះធ្មេញរឺបូតចេញពីកន្លែងប៉ះ។
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"/> ខ្ញុំចង់បានតែវិធានការបណ្តោះអាសន្នសិនតែប៉ុណ្ណោះ។
応急措置だけして下さい。 | |

7. បំពង់ក

のど

- | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺបំពង់ក។
痛みます。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឈឺបំពង់កពេលខ្ញុំលេបអ្វីមួយចូល។
ものを飲み込むときに痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការរលាកបំពង់ក។
いがらっぽいです。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការស្ទះបំពង់ក។
何か詰まっている感じがします。 |
| <input type="checkbox"/> សម្លេងរបស់ខ្ញុំឡើងស្អក។
声がかすれます。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំក្អក។
せきが出ます。 |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានស្បែក។
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"/> ខ្ញុំឈឺចាប់ត្រង់កដោយសារគេងខុសទំនង។
寝違えました。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍រយកញ្ជឹងក។
首の後ろがこります。 |
| <input type="checkbox"/> កខ្ញុំរងរបួសដោយចលនាកញ្ជក់ទៅមុខទៅក្រោយ (ក្នុងពេលគ្រោះថ្នាក់របេយន្តជាដើម)
むち打ち症になりました。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការរយស្មា។
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"/> លេះដូងរបស់ខ្ញុំលោតញាប់។
動悸がします。 |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍មានសម្ពាធក្នុងទ្រូង។
圧迫感があります。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំពិបាកដកដង្ហើម។
息がしにくいです。 |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការចង់ក្អួត។
吐き気がします。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការក្រហាយទ្រូង។
胸やけがします。 |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | |

10. ក្រពះ
胃

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺក្រពះស្មើញៗ។
鈍い痛みがあります。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឈឺដូចត្រូវគេចាក់។
刺すように痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ធ្ងន់ក្រពះ។
重い感じがします。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំឈឺក្រពះពេលខ្ញុំឃ្លាន។
空腹時に痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> ក្រពះរបស់ខ្ញុំឈឺក្រោយហូបអាហារហើយ។
食後に痛みます。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការចង់ក្អួត។
吐き気がします。 |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំបានក្អួតចង្កោរ។
吐きました。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានអាការមិនឃ្លានអាហារ។
食欲がない。 |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | |

11. ពោះ

腹

- ខ្ញុំឈឺក្នុងបរិវេណពោះផ្នែកខាងក្រោម (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。
- ខ្ញុំឈឺពោះស្មើៗ។ ខ្ញុំឈឺពោះ និងចង់ត្អូត។
鈍い痛みがあります。 お腹が痛くて吐き気もします。
- ខ្ញុំឈឺចុកចាប់ពេញផ្ទៃពោះដូចត្រូវគេរឹត។
腹部全体が絞められるように痛みます。
- ពោះរបស់ខ្ញុំហើម។ ពោះរបស់ខ្ញុំឮសូរ (កូរពោះ)។
お腹がはります。 お腹がゴロゴロします。
- ខ្ញុំមានអាការរាកូសធ្ងន់ធ្ងរ។ [____] ដងក្នុងមួយថ្ងៃ
ひどい下痢です。一日____回。
- ខ្ញុំមានអាការរាកូសមិនជាធ្ងន់ធ្ងរ។ 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/ប្រព័ន្ធតម្រងនោម/ប្រដាប់បន្តពូជ

肛門・泌尿・生殖器

- ខ្ញុំមានជំងឺបួសដូងបាត។ ខ្ញុំមានអារម្មណ៍រមាស់ក្នុងទ្វារធំ។
痔があります。 肛門がかゆいです。
- ខ្ញុំបត់ជើងមកលាមកមានឈាម។ ខ្ញុំដុះនោមញឹកញាប់។
便に血が混じります。 尿が近いです。
- ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឈឺនៅពេលបត់ជើងតូច។ ខ្ញុំដុះនោមមានឈាម។
排尿するときに痛みます。 血尿が出ました。
- ប្រដាប់ភេទរបស់ខ្ញុំមានចេញឈាម។ ខ្ញុំមានធ្លាក់ស។
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。
- ខ្ញុំមានអាការរាំងរដូវ។ 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。
- ខ្ញុំមានអាការខ្សោយចង្កេះ។ 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。
- ជើងរបស់រមួលក្រពើ។
足がつります。
- ជើងរបស់ខ្ញុំហើម។
足がむくんでいます。
- ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ត្រជាក់ដៃ និងជើង។
手足が冷たく感じます。
- ខ្ញុំគ្រេចដៃ/ជើង/ម្រាម។
手・足・指をくじきました。
- ខ្ញុំមិនអាចបត់បែនសន្លាក់/វាមានការពិបាកលាតសន្លាក់អោយត្រង់។
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"/> ខ្ញុំមានការឡើងប៉ោងនៅលើស្បែក។
おできができました。 | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានចេញកន្ទួលលើស្បែក។
発疹が出ました。 |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
その他 | |

JITCO