

SISÄTAUTIEN KYSELYLOMAKE

内科問診票 (ないかもんしんひょう)

SUOMI
フィンランド語

Valitse soveltuvat vaihtoehdot. あてはまるものにチェックしてください。

vuosi 年 kuukausi 月 päivä 日

Nimi 名前		<input type="checkbox"/> Mies 男 <input type="checkbox"/> Nainen 女
Syntymäaika 生年月日		Puhelinnumero 電話
Osoite 住所		
Onko teillä sairausvakuutus? 健康保険を持っていますか。	<input type="checkbox"/> Kyllä はい <input type="checkbox"/> Ei いいえ	
Kansallisuus 国籍		Kieli 言葉

Mitä oireita on? どうしましたか。

<input type="checkbox"/> kuume (°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> kurkkukipu のどが痛い	<input type="checkbox"/> yskä せき	<input type="checkbox"/> päänsärky 頭が痛い
<input type="checkbox"/> rintakipu 胸が痛い	<input type="checkbox"/> ihottuma 発しん	<input type="checkbox"/> sydämentykytys 動機	<input type="checkbox"/> hengenahdistus 息切れ
<input type="checkbox"/> turvotus むくみ	<input type="checkbox"/> huimaus めまい	<input type="checkbox"/> rintakipu 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> vatsakipu お腹が痛い
<input type="checkbox"/> vatsakipu 胃が痛い	<input type="checkbox"/> korkea verenpaine 高血圧	<input type="checkbox"/> tunnottomuus しびれ	<input type="checkbox"/> voimakas janotus 口が乾く
<input type="checkbox"/> painon lasku 体重が減っている	<input type="checkbox"/> vatsa turvoksissa お腹が張る		<input type="checkbox"/> ruokahaluttomuus 食欲がない
<input type="checkbox"/> oksentelu 嘔吐	<input type="checkbox"/> huonovointisuus 吐き気	<input type="checkbox"/> ripuli 下痢	<input type="checkbox"/> verinen uloste 血便
<input type="checkbox"/> voimattomuus だるい	<input type="checkbox"/> väsyn helposti 疲れやすい	<input type="checkbox"/> muu その他	

Mistä lähtien on ollut näitä ongelmia? それはいつからですか。

vuosi 年 kuukausi 月 päivä 日

Onko teillä mitään ruoka- tai lääke-allergioita? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか。

Kyllä はい → lääke 薬 ruoka 食べ物 muita その他 Ei いいえ

Onko teillä nyt jokin lääkitys? 現在飲んでいる薬はありますか。

Kyllä はい → Jos teillä on mukana mitään lääkkeitä näyttäkää ne olkaa hyvä. 持っていれば見せてください。 Ei いいえ

Oletteko raskaana tai onko siihen mahdollisuus? 妊娠していますか、またはその可能性がありますか。

Kyllä はい → _____ kuukautta カ月 Ei いいえ

Imetättekö? 授乳中ですか。

Kyllä はい Ei いいえ

Mitä sairauksia teillä on ollut aikaisemmin? 今までにかかった病気はありますか。

<input type="checkbox"/> ruuansulatuselimistön häiriöitä 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> maksasairaus 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> sydänsairaus 心臓の病気
<input type="checkbox"/> munuaissairaus 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberkuloosi 結核	<input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病
<input type="checkbox"/> verenpainetauti 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ	<input type="checkbox"/> kilpirauhassairaus 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> muita その他	<input type="checkbox"/> syfilis 梅毒	

Oletteko tällä hetkellä lääkärin hoidossa? 現在治療している病気はありますか。

Kyllä はい Ei いいえ

Onko teitä koskaan leikattu? 手術を受けたことがありますか。

Kyllä はい Ei いいえ

Onko teille tehty verensiirtoa? 輸血を受けたことがありますか。

Kyllä はい Ei いいえ

Voitteko itse järjestää tulkin ensi kerralla? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか。

Kyllä はい Ei いいえ