

インドネシア語訳版 Japanese-Indonesian JIN-1702

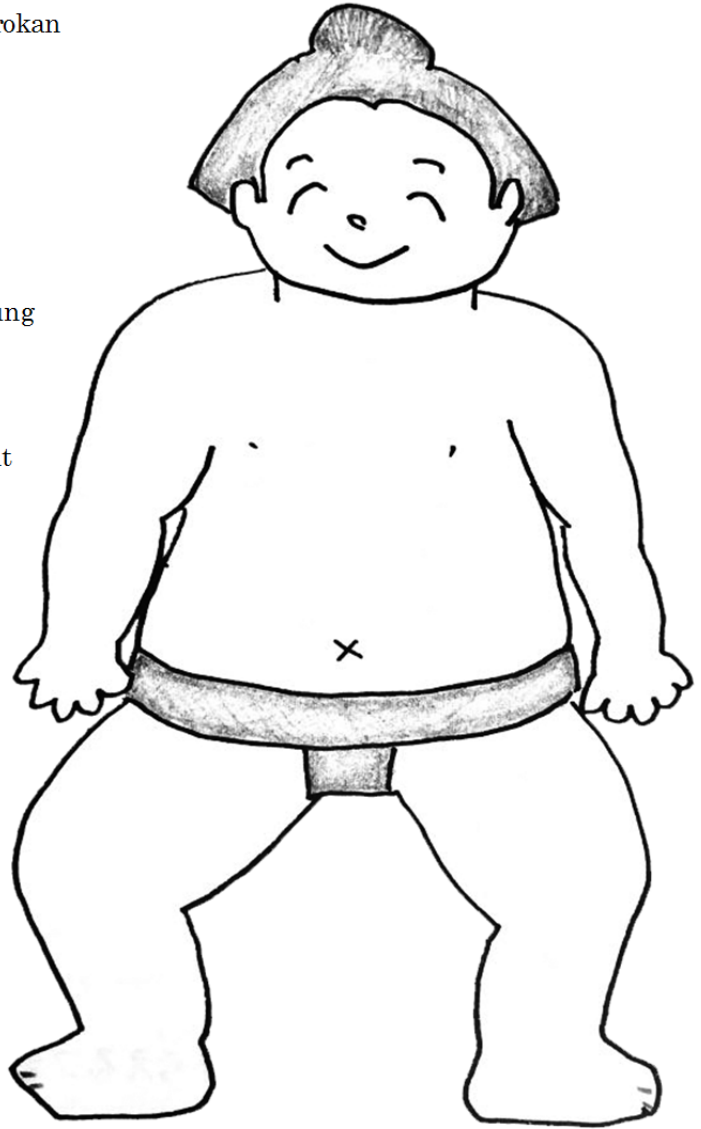
年 Tahun _____ 月 Bulan _____ 日 Tanggal _____ 曜日 Hari _____

以下の問診票にご記入ください Tolong isi kolom di bawah:

日本語能力 Kemampuan Bahasa Jepang	<input type="checkbox"/> 不自由なく話せる Lancar <input type="checkbox"/> 少し話せる Sedikit-sedikit <input type="checkbox"/> 全く話せない Tidak mampu
来院目的は？ Apakah tujuan kunjungan Anda ke rumah sakit hari ini?	<input type="checkbox"/> 診察 Konsultasi <input type="checkbox"/> 処置・治療 Pengobatan <input type="checkbox"/> 入院 Rawat inap <input type="checkbox"/> 検査 Cek Kesehatan <input type="checkbox"/> その他 Lainnya _____
どういう症状がありますか？ 自覚症状をいくつでもチェックして下さい。 Apakah gejala / keluhan Anda? Beri tanda centang pada semua gejala yang Anda rasakan. それはいつからですか？ Sejak kapan Anda merasakan gejala tersebut?	<input type="checkbox"/> けが Luka <input type="checkbox"/> 交通事故 Kecelakaan lalu lintas <input type="checkbox"/> 痛む Sakit di badan <input type="checkbox"/> 体の一部が麻痺している Salah satu bagian tubuh tidak dapat digerakkan (mengalami kelumpuhan) <input type="checkbox"/> 気分が悪い Tidak enak badan <input type="checkbox"/> めまい Pusing <input type="checkbox"/> 痒いGatal <input type="checkbox"/> しびれMati rasa <input type="checkbox"/> 浮腫むBengkak <input type="checkbox"/> 吐血Muntah darah <input type="checkbox"/> 息切れ Sesak nafas <input type="checkbox"/> 息苦しい Susah nafas <input type="checkbox"/> 冷や汗 Keringat dingin <input type="checkbox"/> 震え Gemetar <input type="checkbox"/> 脱力感 Lesu <input type="checkbox"/> 不安感 Kecemasan yang berlebih <input type="checkbox"/> 発熱 Demam <input type="checkbox"/> 発疹 Bintik-bintik merah pada kulit <input type="checkbox"/> 下痢 Diare <input type="checkbox"/> 便秘 Sembelit <input type="checkbox"/> 食欲不振 Tidak ada selera makan <input type="checkbox"/> 頻尿 Kerap buang air kecil <input type="checkbox"/> 吐き気 Mual <input type="checkbox"/> 鼻水が出る Hidung berair <input type="checkbox"/> 咽頭痛 Sakit tenggorokan <input type="checkbox"/> たんが出る Berdahak <input type="checkbox"/> 生理がない Tidak mengalami menstruasi <input type="checkbox"/> 月経痛 Sakit menstruasi <input type="checkbox"/> しこりがある Benjolan <input type="checkbox"/> その他 Lainnya _____ 何分前から Sejak _____ menit lalu 何時間前から Sejak _____ jam lalu 何日前から Sejak _____ hari lalu 何週間前から Sejak _____ minggu lalu 何ヶ月前から Sejak _____ bulan lalu 何年前から Sejak _____ tahun lalu
女性の方、妊娠の可能性はありますか？ Jika Anda wanita, apakah ada kemungkinan bahwa Anda sedang mengandung?	<input type="checkbox"/> ない Tidak <input type="checkbox"/> わからない Tidak tahu <input type="checkbox"/> ある Ada 何ヶ月ですか？ _____ bulan mengandung
今日保険証を持って来ましたか？見せてください。 Apakah Anda membawa kartu asuransi? Tolong perlihatkan kepada kami.	<input type="checkbox"/> 持ってくるのを忘れた Saya lupa membawa kartu asuransi. 今日 ¹ は自費でお払いいただき次回保険証をお持ちになったときに還付の取り扱いをします Hari ini Anda perlu membayar penuh biaya pengobatan. Ketika Anda kembali lagi ke sini dengan membawa kartu asuransi kali berikutnya kami akan mengembalikan uang Anda. <input type="checkbox"/> 保険証番号はわかる Saya ingat nomor kartu asuransi saya. _____ No. _____ <input type="checkbox"/> もともと保険証がない Saya tidak memiliki kartu asuransi. 全額自費でお払いいただきます。 Anda harus membayar penuh biaya pengobatan.

自分の体の中で様子のおかしい部分はどこですか？
Bagian tubuh manakah yang memiliki keluhan?
絵にも印をつけてください。
Beri tanda centang pada bagian tubuh yang mengalami keluhan, dan juga lingkari pada gambar di bawah.

- 頭 Kepala
- 顔 Muka
- 目 Mata
- 耳 Telinga
- 口 Mulut
- 歯 Gigi
- 喉頭 Tenggorokan
- 首 Leher
- 肩 Bahu
- 肘 Siku
- 胸 Dada
- 腹 Perut
- 背中 Punggung
- 指 Jari
- 膝 Lutut
- かかと Tumit
- 脚 Kaki



この対訳問診票は、外国人医療のサポートのためにNPO法人エスニコが独自に作成したものです。営利目的のために無断でコピー、販売、使用することを禁じます。

Dokumen ini dibuat oleh S-NICO dengan tujuan untuk membantu perawatan kesehatan penduduk asing di Jepang. Dokumen ini tidak untuk dijual, disalin atau digunakan untuk tujuan komersial.

特定非営利活動法人 エスニコ Oleh S-NICO

エスニコ問診票 インドネシア語版 JIN-1702

Kuesioner Rumah Sakit S-NICO Jepang-Bahasa Indonesia