

एसニコ健康データ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ โดย เอส-นิโคะ

タイ語訳版 ภาคภาษาไทย- JT-1801

年 ๗ _____ 月 เดือน _____ 日 วันที่ _____ 曜日 วัน _____

必要事項をお書き下さい โปรดกรอกข้อความด้านล่าง

氏名 ชื่อ	
生年月日 วันเดือนปีเกิด 年齢 อายุ	年 ปี _____ 月 เดือน _____ 日 วันที่ _____ 才 _____ อายุ ปี _____
血液型 กลุ่มเลือด	RH : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 不明 ไม่ทราบ
性別 เพศ	<input type="checkbox"/> 男 ชาย <input type="checkbox"/> 女 หญิง
身長 ส่วนสูง 体重 น้ำหนัก	_____ ซม. _____ กก.
健康保険 บัตรประกันสุขภาพ	<input type="checkbox"/> ない ไม่มี <input type="checkbox"/> 社会保険 บัตรประกันสังคม <input type="checkbox"/> 国民健康保険 บัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ <input type="checkbox"/> その他 อื่นๆ _____
国籍 สัญชาติ	
母国語 ภาษาหลักที่ใช้	
話せる言語名 ภาษาที่พูดได้	<input type="checkbox"/> 英語 อังกฤษ <input type="checkbox"/> 中国語 จีน <input type="checkbox"/> ロシア語 รัสเซีย <input type="checkbox"/> 韓国語 เกาหลี <input type="checkbox"/> その他 อื่นๆ _____
現住所 ที่อยู่ปัจจุบัน	〒 _____
自宅電話番号 เบอร์โทรศัพท์บ้าน	
FAX番号 เบอร์แฟกซ์	
携帯電話番号 เบอร์โทรศัพท์มือถือ	
Eメールアドレス เบอร์อีเมล	
職業 อาชีพ	<input type="checkbox"/> 大学生 นักศึกษา <input type="checkbox"/> 留学生 นักศึกษาต่างชาติ <input type="checkbox"/> 教員 ครูอาจารย์ <input type="checkbox"/> 会社員 พนักงานบริษัท <input type="checkbox"/> 公務員 ข้าราชการ <input type="checkbox"/> 自営 ประกอบกิจการส่วนตัว <input type="checkbox"/> サービス業 อุตสาหกรรมภาคบริการ <input type="checkbox"/> 無職 ไม่มีอาชีพ <input type="checkbox"/> その他 อื่นๆ _____
勤務先又は学校名 ชื่อสถานที่ทำงาน/ชื่อโรงเรียน	
勤務先又は学校の所在地、電話番号 ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ของที่ทำงาน /โรงเรียน	〒 _____ 電話โทรศัพท์ _____
現在までの在日期間 อยู่ญี่ปุ่นมานานเท่าไรแล้ว	<input type="checkbox"/> 1週間以内 ต่ำกว่า 1 อาทิตย์ <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 ต่ำกว่า 1 เดือน <input type="checkbox"/> 1年以内 ต่ำกว่า 1 ปี <input type="checkbox"/> 1~3年 1~3 ปี <input type="checkbox"/> 3年以上 มากกว่า 3 ปี

同居家族 สมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน	<input type="checkbox"/> いない ไม่มี <input type="checkbox"/> 夫สามี <input type="checkbox"/> 妻ภรรยา <input type="checkbox"/> 子ลูก <input type="checkbox"/> 友人เพื่อน <input type="checkbox"/> 父พ่อ <input type="checkbox"/> 母แม่ <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 พี่น้อง <input type="checkbox"/> その他 อื่นๆ _____
緊急時の連絡先、電話番号 ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ในกรณีฉุกเฉิน	〒 _____ 電話 โทรศัพท์ _____
飲酒 คุณดื่มแอลกอฮอล์ไหม	<input type="checkbox"/> 全く飲まない ไม่ดื่มเลย <input type="checkbox"/> 時々飲む บางครั้ง <input type="checkbox"/> 毎日飲む ทุกวัน <input type="checkbox"/> その他 อื่นๆ _____
1日の喫煙 คุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน	<input type="checkbox"/> 吸わない ไม่สูบเลย <input type="checkbox"/> 1~10本 1~10มวน <input type="checkbox"/> 11~20本 11~20มวน <input type="checkbox"/> 21本以上 21มวนขึ้นไป
習慣上食べられないもの มีอาหารที่ท่านไม่สามารถทานได้เนื่องจากข้อกำหนดทางขนบธรรมเนียมประเพณีใหม่	<input type="checkbox"/> ない ไม่มี <input type="checkbox"/> 豚肉 เนื้อหมู <input type="checkbox"/> 牛肉 เนื้อวัว <input type="checkbox"/> 鶏肉 เนื้อไก่ <input type="checkbox"/> その他 อื่นๆ _____
食物アレルギー แพ้อาหารอะไรบ้าง	<input type="checkbox"/> ない ไม่มี <input type="checkbox"/> ある มี 食物の名 ชื่ออาหาร _____
薬品アレルギー แพ้ยาอะไรบ้าง	<input type="checkbox"/> ない ไม่มี <input type="checkbox"/> ある มี 薬品名 ชื่อยา _____
服用中の薬はありますか？ คุณทานยาอะไรอยู่ไหมในตอนนี	<input type="checkbox"/> ない ไม่มี <input type="checkbox"/> ある มี 薬品名 ชื่อยา _____
現在治療中の病名 คุณกำลังอยู่ในระหว่างรักษาโรคอะไรอยู่ไหม โปรดระบุชื่อโรค	
既往症 โรคที่ท่านเคยเป็นในอดีต	<input type="checkbox"/> ない ไม่มี <input type="checkbox"/> はしか หัด <input type="checkbox"/> 虫垂炎 ไส้ติ่งอักเสบ <input type="checkbox"/> 結核 วัณโรค <input type="checkbox"/> その他 อื่นๆ _____
持病 โรคประจำตัว	<input type="checkbox"/> ない ไม่มี <input type="checkbox"/> ぜんそく โรคหืด <input type="checkbox"/> 痛風 โรคเกาต์ <input type="checkbox"/> 心臓病 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> その他 อื่นๆ _____
現在気になる症状はありますか？ ตอนนี้ท่านรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติไหม？	<input type="checkbox"/> ない ไม่มี <input type="checkbox"/> ある มี どんな症状ですか？มีอาการอย่างไร？ _____
診断によっては入院できますか？ หากผลการวินิจฉัยโรคบอกว่าคุณต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คุณจะได้รับ การรักษาได้ไหม	<input type="checkbox"/> 不可能 ไม่ได้ <input type="checkbox"/> 可能 ได้ <input type="checkbox"/> 不明 ไม่แน่
入院が不可能な方、理由は？ หากคุณไม่สามารถเข้าโรงพยาบาลได้ เพราะอะไร	<input type="checkbox"/> 経済的理由 เหตุผลด้านการเงิน <input type="checkbox"/> 工作上 เหตุผลด้านธุรกิจการทำงาน <input type="checkbox"/> 家族の世話 เหตุผลด้านครอบครัว <input type="checkbox"/> その他 อื่นๆ _____

<p>入院時に保証人になってくれる日本人はいますか？</p> <p>คุณรู้จักคนญี่ปุ่นที่สามารถเป็นคนค้ำประกันคุณตอนเข้าโรงพยาบาลไหม</p>	<p><input type="checkbox"/> ない ไม่มี <input type="checkbox"/> いる มี</p> <p>氏名 <u>ชื่อ</u></p> <p>連絡先 สถานที่ติดต่อ</p> <p>電話เบอร์โทรศัพท์</p>
<p>病院に対して不安はありますか？</p> <p>คุณมีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการไปโรงพยาบาลไหม</p>	<p><input type="checkbox"/> ない ไม่มี <input type="checkbox"/> ある มี</p> <p><input type="checkbox"/> 治療費 ค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> 言語 ภาษา</p> <p><input type="checkbox"/> 習慣 ขนบธรรมเนียม</p> <p><input type="checkbox"/> その他 อื่นๆ</p>
<p>輸血を受けたくない宗教的、その他の理由がありますか？</p> <p>มีเหตุผลด้านศาสนาหรืออื่นๆที่ทำให้ท่านไม่สามารถรับเลือดหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> ない ไม่มี <input type="checkbox"/> ある มี</p> <p>理由 เหตุผล.....</p>
<p>宗教、あるいは別の事柄で医療機関に知らせておくことがありますか？</p> <p>ท่านมีศาสนาหรือข้อจำกัดที่ต้องแจ้งให้ทางโรงพยาบาลทราบหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> ない ไม่มี <input type="checkbox"/> ある มี</p> <p><input type="checkbox"/> キリスト ศาสนาคริสต์ <input type="checkbox"/> イスラム教 อิสลาม</p> <p><input type="checkbox"/> 仏教 พุทธ <input type="checkbox"/> ヒンズー教 ฮินดู</p> <p>その他 อื่นๆ</p>

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。営業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。

เอกสารแปลฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยเหลือด้านการแพทย์แก่ชาวต่างชาติ ซึ่งทางเอสนิโคจัดทำขึ้นมาเอง ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ในทางการค้า และห้ามกอบปี ขยาย หรือ นำไปใช้ โดยไม่ได้รับอนุญาต

特定非営利活動法人 エスニコ โดย เอ็นพีโอ เอส นิโคะ

エスニコ健康データ タイ語訳版 JT-1801
ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ โดย เอส-นิโคะ ภาคภาษาไทย