

エスニコ問診票 S-NICO Soal Selidik Kesihatan

マレー語訳版 Japanese-Malay JML-1702

年 Tahun _____ 月 Bulan _____ 曜日 Tarikh _____ 曜日 Hari _____

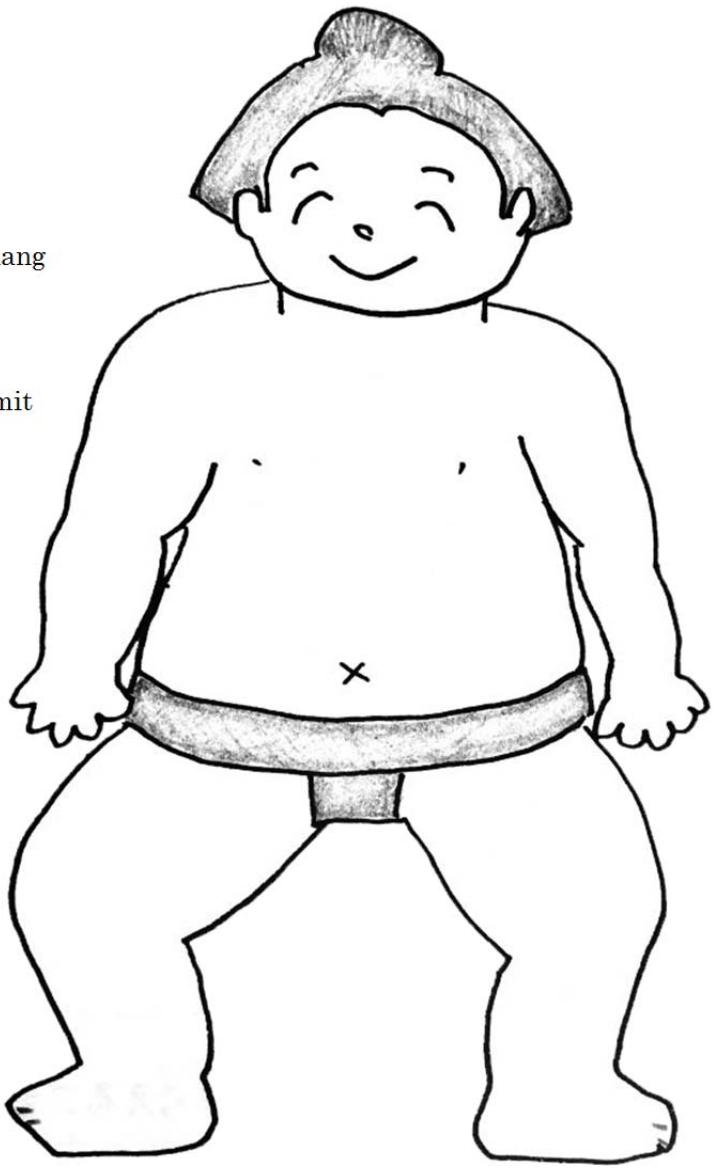
以下の問診票にご記入ください Sila isikan yang berikut.

日本語能力 Kemahiran Bahasa Jepun	<input type="checkbox"/> 不自由なく話せる Fasih <input type="checkbox"/> 少し話せる Sederhana <input type="checkbox"/> 全く話せない Tidak fasih
来院目的は? Apakah tujuan anda pada hari ini?	<input type="checkbox"/> 診察 Rundingan <input type="checkbox"/> 処置・治療 Rawatan <input type="checkbox"/> 入院 Kemasukan ke hospital <input type="checkbox"/> 検査 Pemeriksaan fizikal <input type="checkbox"/> その他 <u>Lain-lain</u>
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 anda? Sila tandakan semua yang berkenaan.	<input type="checkbox"/> けが Luka <input type="checkbox"/> 交通事故 Kemalangan jalan raya <input type="checkbox"/> 痛む Sakit badan <input type="checkbox"/> 体の一部が麻痺している Lumpuh <input type="checkbox"/> 気分が悪い Rasa sakit <input type="checkbox"/> めまい Pening <input type="checkbox"/> 痒い Gatal <input type="checkbox"/> しびれ Kebas <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 bernafas <input type="checkbox"/> 冷や汗 Peluh sejuk <input type="checkbox"/> 震え Menggeletar <input type="checkbox"/> 脱力感 Rasa lemah <input type="checkbox"/> 不安感 Kebimbangan <input type="checkbox"/> 発熱 Demam <input type="checkbox"/> 発疹 Ruam <input type="checkbox"/> 下痢 Cirit-birit <input type="checkbox"/> 便秘 Sembelit <input type="checkbox"/> 食欲不振 Tiada selera makan <input type="checkbox"/> 頻尿 Kerap membuang air kecil <input type="checkbox"/> 吐き気 Loya / Merasa muntah <input type="checkbox"/> 鼻水が出る Hidung berair/hingus <input type="checkbox"/> 咽頭痛 Sakit tekak <input type="checkbox"/> たんが出る Berkahak <input type="checkbox"/> 生理がない Tiada haid <input type="checkbox"/> 月経痛 Senggugut <input type="checkbox"/> しこりがある Ketul badan <input type="checkbox"/> その他 <u>Lain-lain</u>
それはいつからですか? Sejak bila anda mengalami gejala tersebut?	何分前から Sejak <u>_____ minit yang lalu</u> 何時間前から Sejak <u>_____ jam yang lalu</u> 何日前から Sejak <u>_____ hari yang lalu</u> 何週間前から Sejak <u>_____ minggu yang lalu</u> 何ヶ月前から Sejak <u>_____ bulan yang lalu</u> 何年前から Sejak <u>_____ tahun yang lalu</u>
女性の方、妊娠の可能性はありますか? Untuk perempuan, adakah kemungkinan anda sedang hamil?	<input type="checkbox"/> ない Tiada <input type="checkbox"/> わからない Tidak diketahui <input type="checkbox"/> ある Ada 何ヶ月ですか? <u>_____ bulan mengandung</u>
今日保険証を持って来ましたか?見せてください。 Adakah anda membawa kad insurans? Jika ya, sila tunjukkan kepada kami.	<input type="checkbox"/> 持ってくるのを忘れた Saya lupa membawa kad insurans. 今日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 Anda perlu membayar yuran penuh tetapi kami akan membayar semula bayaran yuran tersebut pada lawatan berikutnya dengan membawa bersama kad insurans anda. <input type="checkbox"/> 保険証番号はわかる Saya hafal nombor kad insurans saya. No. <u>_____</u> <input type="checkbox"/> もともと保険証がない Saya tidak memiliki kad insurans. 全額自費でお払いいただきます。 Anda perlu membayar yuran yang penuh.

自分の体の中で様子のおかしい部分はどこですか?
Di manakah bahagian yang bermasalah?

絵にも印をつけてください。
Sila tandakan juga dalam lukisan di bawah.

- 頭 Kepala
- 顔 Muka
- 目 Mata
- 耳 Telinga
- 口 Mulut
- 齒 Gigi
- 喉頭 Tekak
- 首 Leher
- 肩 Bahu
- 肘 Siku
- 胸 Dada
- 腹 Perut
- 背中 Belakang
- 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 secara khusus oleh S-NICO untuk menyokong rawatan perubatan warga asing di Jepun. Dilarang menjual, menyalin, atau menggunakan maklumat ini 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 マレー語訳版 JML-1702
S-NICO Soal Selidik Kesihatan Japanese-Malay