

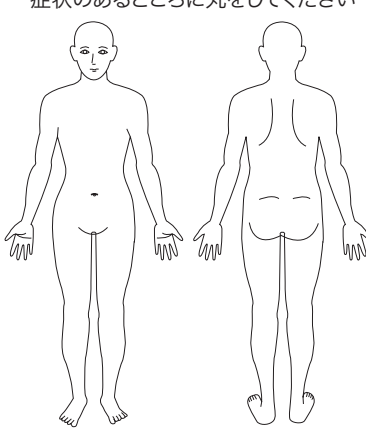
Lagyan ng marka ang naaayong mga sagot. あてはまるものにチェックしてください

Taon ^{ねん}年

Buwan ^{がつ}月

Araw ^{にち}日

Pangalan ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> Lalaki ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Babae ^{おんな} 女
Kaarawan ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ taon ^{ねん} 年 _____ buwan ^{がつ} 月 _____ araw ^{にち} 日	Telepono ^{でんわ} 電話		
Tirahan ^{じゅうしょ} 住所				
Mayroon ka bang seguro pangkalusugan (Health Insurance)? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?			<input type="checkbox"/> Oo ^{はい}	<input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ}
Nasyonalidad ^{こくせき} 国籍			Wika ^{ことば} 言葉	

Ano ang nais mong ikunsulta? ^{どうしましたか}	Bilugan sa larawan sa ibaba. ^{しやうじやう} 症状のあるところに丸をしてください
<input type="checkbox"/> may lagnat(^{ねつ} °C 熱がある) <input type="checkbox"/> sakit ^{いた} 痛い <input type="checkbox"/> kati ^{かゆい} かゆい <input type="checkbox"/> sunog/paso ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> pamumula sa balat ^{ほっ} 発しん <input type="checkbox"/> eksema ^{しん} 湿しん <input type="checkbox"/> pasa ^{あざ} あざ <input type="checkbox"/> nunal ^{ほくろ} ほくろ <input type="checkbox"/> balat ^{しみ} しみ <input type="checkbox"/> alipunga ^{みずむし} 水虫 <input type="checkbox"/> tumatagas ^{じくじく} じくじくしている <input type="checkbox"/> iba pa ^た その他	
Kailan pa ito nagsimula? ^{それはいつからですか}	
_____ taon ^{ねん} 年 _____ buwan ^{がつ} 月 _____ araw ^{にち} 日から	
Nagbabago ba ang mga sintomas? ^{しやうじやう} その症状は変化していますか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}	
Nakaranas ka na ba ng pangangati(allergy) dahil sa anumang gamot o pagkain? ^{くすり} 薬や ^た 食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} → <input type="checkbox"/> gamot ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> pagkain ^た 食べ物 <input type="checkbox"/> iba pa ^た その他 <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}	
May iniinom ka bang gamot sa kasalukuyan? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} → Kung may dala ka ngayon ay nais naming makita. ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Wala ^{いいえ}	
Ikaw ba ay nagdadalang-tao o may posibilidad na nagdadalang-tao? ^{にんしん} 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} → _____ buwan ^{かげつ} 月 <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}	
Sumususo pa ba ^{じゆにゆうちゆう} sa kasalukuyan? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}
Anu-anong sakit ang nagkaroon ka na? ^{いま} 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> sakit sa bato ^{いちょう} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> sakit sa atay ^{かんぞう} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> sakit sa puso ^{しんぞう} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> sakit sa bato ^{じんぞう} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> titis/tuberculosis/T.B. ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> diyabetes ^{とうりょうびやう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> mataas na presyon ng dugo ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> AIDS ^{エイズ} <input type="checkbox"/> bosyo(goiter) ^{こうじやうせん} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> sipilis ^{ばいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> iba pa ^た その他	
Maysakit ka ba na ginagamot sa kasalukuyan? ^{げんざい} 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}
Nakapagpaopera ka na ba? ^{しゆじゆつ} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}
Naranasan mo na bang mabigyan ng pampamanhid? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}
Maaari ka bang makapagsama nang tagapagsaling-wika sa susunod? ^{こんご} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> Oo ^{はい} <input type="checkbox"/> Hindi ^{いいえ}	