

アッヴァル ハーラテ バダネシヨマラ チェックミコニーム、セバス シヨマラ ベ ビーマーレスターン エンテガール ミデヒーム

اول حالت بدن شما را چک میکنیم ، سپس شما را به بیمارستان انتقال میدهیم

これから体の状態を確認して、病院に搬送します。

パー エステファーデ アズイン ボルセッシュナーメ ハーラテ ザフム ヴァ ビーマーリーイェシヨマラ チェックミコニーム

با استفاده از این پرسشنامه حالت زخم و بیماری شما را چک میکنیم

この用紙を使ってあなたのけがや病気の内容を確認します。

ロットファン インフォルムラ ボルコニード ヤー パー アンゴシュテホッド ネシャーン デヒード

لطفاً این فرم را پر کنید یا با انگشت نشان دهید

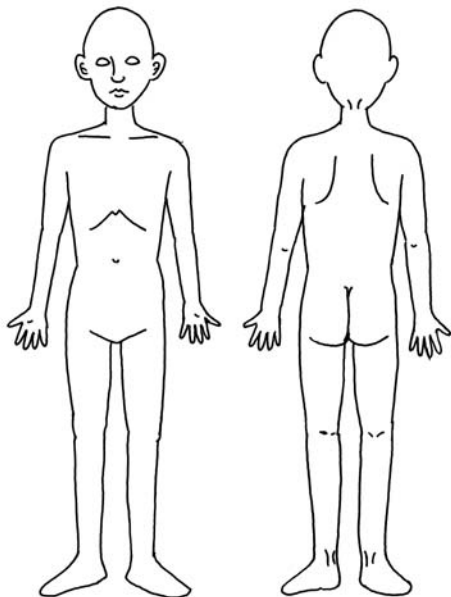
必要な事項を書くか、指さしてください。

برای شما چه اتفاق افتاد ؟

何が occurred しましたか。

زخم	けが
<input type="checkbox"/> زمین خوردم	<input type="checkbox"/> ころんだ
<input type="checkbox"/> از بالا افتادم	<input type="checkbox"/> 高いところから落ちた
<input type="checkbox"/> ضربت خوردم	<input type="checkbox"/> 強く打った
<input type="checkbox"/> بریدم	<input type="checkbox"/> 切った
<input type="checkbox"/> چیزی به بدن فرو رفت	<input type="checkbox"/> ものが刺さった
<input type="checkbox"/> سوختگی	<input type="checkbox"/> やけどをした
<input type="checkbox"/> غیره	<input type="checkbox"/> その他

بیماری ناگهانی	急な病気
<input type="checkbox"/> درد	<input type="checkbox"/> 痛み
<input type="checkbox"/> درد بطور مداوم	<input type="checkbox"/> ずっと痛い
<input type="checkbox"/> درد متناوب	<input type="checkbox"/> ときどき痛い
<input type="checkbox"/> درد با افساس فشار	<input type="checkbox"/> 締め付けるような痛み
<input type="checkbox"/> درد تیر	<input type="checkbox"/> 刺すような痛み
<input type="checkbox"/> درد خفیف	<input type="checkbox"/> にぶい痛み
<input type="checkbox"/> درد در هنگام حرکت دادن	<input type="checkbox"/> 動かすと痛い



<input type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> 出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زیاد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> たくさん
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 中くらい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 少し
<input type="checkbox"/> استفراغ	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> غذا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食べ物
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 血液
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> غیره	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حالت تهوع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 気分が悪い
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> めまい
<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> خون آلود	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 血がまじっている
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بدون خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 血はまじっていない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> رنگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> قرمز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> سیاہ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 赤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> قهوه‌ای
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 黒
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 茶色
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نفس تنگی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 息苦しい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> تپش قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 心臓がどきどきする
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بیحس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> しびれる
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> گرفتگی عضله	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> けいれん
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> تب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 熱がある

اطلاعات از بیمار	患者の情報
نام 氏名	
سن - تاریخ تولد 年齢 (生年月日)	
ملیت 国籍	
زبان 言語	
تسلط بر زبان ژاپنی 日本語	<input type="checkbox"/> خوب できる
شماره تماس تلفن 電話番号	<input type="checkbox"/> کمی 少しできる
	<input type="checkbox"/> نه できない

سابقه مریضی	اینجا	حساسیت / آلرژی	آلرژی
<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون 高血圧	<input type="checkbox"/> بله ある	<input type="checkbox"/> دارو 薬	<input type="checkbox"/> غذا 食べ物
<input type="checkbox"/> بیماری قند 糖尿病	<input type="checkbox"/> سرطان がん	<input type="checkbox"/> نه ない	<input type="checkbox"/> غیره その他
<input type="checkbox"/> بیماری کبدی 肝臓病	<input type="checkbox"/> بیماری قلب 心臓病	آیا در حال حاضر دارو مصرف میکنید؟ 現在飲んでいる薬	
<input type="checkbox"/> بیماری مغز 脳の病気	<input type="checkbox"/> نفش تنگی 喘息	<input type="checkbox"/> بله ある	<input type="checkbox"/> نه ない
آیا دکتر خانوادگی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله ある <input type="checkbox"/> نه ない	かかりつけ医	برای خانم ها <input type="checkbox"/> در حال حاملگی 妊娠している <input type="checkbox"/> در حال قانندگی 生理中である	女性のみ 妊娠している 生理中である

معالجه	処置	اینجا
<input type="checkbox"/> شما به روش زیر معالجه میشوید لوله گذاری داخل تراشه اکسیژن رسانی تنفس مصنوعی ماساژ قلبی طب توقف خونریزی سرم عدم تحرک برای شکستگی استخوان مداوای زخم	شما به روش زیر معالجه میشوید لوله گذاری داخل تراشه اکسیژن رسانی تنفس مصنوعی ماساژ قلبی طب توقف خونریزی سرم عدم تحرک برای شکستگی استخوان مداوای زخم	これから、以下のことを行ないます。 気管内挿管 酸素吸入 人工呼吸 心臓マッサージ 止血 点滴 固定 (骨折などの) 傷の処置

چون بیمارستانی که آمادگی پذیرش شما را دارد پیدا شده است ، شما را به آن بیمارستان انتقال میدهم

受け入れ病院が決まったので、これから搬送します。

یک نفر دیگر میتواند با بیمار سوار آمبولانس بشود

救急車には患者さんのほかに、もう一人いっしょに乗ることができます。

لطفاً کسی که میتواند حالت بیمار را توضیح دهد سوار آمبولانس بشود

患者さんの状態を説明できる人が乗ってください。

全身		تمام بدن			
頭	سر	胸	سینه	性器	آلت تناسلی
首	گردن	乳房	پستان	そけい部	کشاله ران
うなじ	پشت گردن	乳首	نوک پستان	脚 (下肢全体)	اندام زیرین
肩	شانه	みぞおち	فوق المعده	もも	ران
腕 (上肢)	اندام فوقانی	腹	شکم	膝	زانو
上腕	بازو	わき腹	پهلوی	膝頭	کاسه زانو
前腕	ساعد	へそ	ناف	脚 (膝から下)	ساق پا
ひじ	آرنج	背中	پشت	ふくらはぎ	نرمه ساق پا
手首	مچ	腰	کمر	すね	ساق پا
わきの下	زیر بغل	尻	لمبر		

顔	صورت	手	دست	足	پا
目	چشم	親指	انگشت شست	足首	مچ پا
鼻	بینی	人さし指	انگشت سبابه	つま先	نوک پا
口	دهان	中指	انگشت میانه	足ゆび	انگشت پا
唇	لب	薬指	انگشت بنصر	足の甲	روی پا
歯	دندان	小指	انگشت کوچک	足の裏	کف پا
舌	زبان	手の甲	پشت دست	かかと	پاشنه
耳	گوش	爪	ناخن		
あご	چانه	手のひら	کف دست		

内臓など		اندام اندرونی			
骨	استخوان	肺	ریه	肝臓	کبد
筋 (筋肉)	ماهیچه	食道	مری	腎臓	کلیه
血管	رگ	胃	معده	膀胱	مثانه
脳	مغز	小腸	روده باریک	尿道	مجرای ادرار
心臓	قلب	大腸	روده بزرگ	子宮	رحم
気管	نای	肛門	مقعد	膣	مهبل

検査		آزمایشات	
体温	درجه حرارت بدن	心電図	الکتروکار دیوگرافی
脈拍	نبض	超音波検査	سونوگرافی و اکوکار دیوگرافی
血圧	فشار خون	コンピューター断層撮影 (CT)	توموگرافی کامپیوتری (CT)
尿検査	آزمایش ادرار	磁気共鳴断層撮影 (MRI)	تصویربرداری با ارتعاش مغناطیسی (MRI)
血液検査	آزمایش خون	内視鏡検査	درون بینی
X線検査	رادیولوژی	カテーテル検査	آنژیوگرافی

診療科目		بخش های درمانی	
内科	بخش داخلی	産婦人科	بخش زنان و زایمان
外科	بخش جراحی	泌尿器科	بخش ارولوژی
整形外科	بخش ارتوپدی	脳神経外科	بخش جراحی مغز و اعصاب
眼科	بخش چشم	精神科 (神経科)	بخش روان (بخش اعصاب)
耳鼻咽喉科	بخش گوش و حلق و بینی	麻酔科	بخش بیهوشی
皮膚科	بخش پوست	放射線科	بخش رادیولوژی
形成外科	بخش جراحی پلاستیکی	歯科	بخش دندان پزشکی
小児科	بخش کودکان	口腔外科	بخش جراحی دهانی