

សំណួរទាក់ទងនឹងពេទ្យផ្នែកស្ត្រី

さん ぶ じん か ちん しん ひょう
産婦人科問診票

ភាសាខ្មែរ
カンボジア語

សូមគូសសញ្ញា នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈ: ជាគរបស់អ្នក あるいはまるものにチェックしてください

ឆ្នាំ ねん

ខែ がつ

ថ្ងៃ じつ

ឈ្មោះ: 名前	<input type="checkbox"/> ប្រុស 男 <input type="checkbox"/> ស្រី 女
កំណើត 生年月日	_____ ឆ្នាំ 年 _____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日
អាសយដ្ឋាន 住所	ទូរស័ព្ទ 電話
តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> មាន はい <input type="checkbox"/> ទេ いいえ
សញ្ជាតិ 国籍	ភាសា 言葉

អ្នកឈឺអ្វី? どうしましたか

មានផ្ទៃពោះ: 妊娠 រដូវប្លែកពីធម្មតា: 月経の異常 ធ្លាក់ស おりもの ឈឺផ្នែកខាងក្រោមនៃពោះ: 下腹部が痛い
 ធ្លាក់ឈាម: 不正性器出血 ពងបែក: ポリープ អណ្តាសយដុះពក: 卵巣のう腫瘍
 រមាស់: 性器のかゆみ សាច់ស្បូនធំ: 子宮筋腫 ពិនិត្យជំងឺមហារីក: がん検診
 ជំងឺមិនអាចមានផ្ទៃពោះ: 不妊症 ជម្ងឺខ្វះឈាម: 貧血 ផ្សេងៗ: その他

អំពីរដូវប្រចាំខែ 生理について

មកខែដំបូងកាលអាយុប៉ុន្មាន? 初めて生理があったのはいつですか

អាយុ _____ ឆ្នាំ 才

រំងខែកាលអាយុប៉ុន្មាន? 閉経はいつですか

អាយុ _____ ឆ្នាំ 才

កំឡុងមកខែទៀងទាត់ឬទេ? 生理は順調ですか

បាទ はい ទេ いいえ

រយៈពេលអន្តរាយ 周期について

រយៈ: 28 ថ្ងៃ 28日型 រយៈ: 30 ថ្ងៃ 30日型 រយៈ: _____ ថ្ងៃ 日型 មិនទៀងទាត់ 不順

មកម្តងមានរយៈ 生理の期間について

_____ ថ្ងៃ 日簡

មកខែច្រើនឬតិច 生理の量について

ច្រើន 多い ធម្មតា 普通 តិច 少ない

ពេលមកខែមានឈឺទេ? 生理痛はありますか

បាទ はい ទេ いいえ

មកខែចុងក្រោយក្នុងរយៈ 最終月経は

_____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日

ប្រវត្តិមានផ្ទៃពោះ: 妊娠した回数

មានផ្ទៃពោះ: 妊娠 _____ ដង 回
 កើតកូន 分娩 _____ ដង 回 → ធម្មតា 正常分娩 _____ ដង 回 មិនធម្មតា 異常分娩 _____ ដង 回
 រលូតកូន 流産 _____ ដង 回 → រលូតកូន 自然流産 _____ ដង 回 ឲ្យគេយកកូនចេញ 人工流産 _____ ដង 回
 ផ្សេងៗ: その他 មានផ្ទៃពោះ: ខាងក្រៅស្បូន 子宮外妊娠 hydatidiform mole 胎状奇胎

តើអ្នកចង់សម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យនេះឬទេ? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか

បាទ はい ទេ いいえ

តើអ្នកដែលមានប្រតិកម្មទំនាស់ដោយសារការលេបថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអាហារវិជ្ជមានឬទេ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

បាទ/ចាស はい → ថ្នាំ 薬 ចំណីអាហារ 食べ物 ផ្សេងៗ: その他 ទេ いいえ

តើអ្នកមានប្រើថ្នាំអ្វីដែរឬទេបច្ចុប្បន្ននេះ? 現在飲んでいる薬はありますか

បាទ/ចាស はい → សូមឲ្យមកខ្ញុំមើលបន្តិចមើល 持っていれば見せてください ទេ いいえ

តើអ្នកដែលពិនិត្យជំងឺមហារីកឬទេ? がん検診を受けたことがありますか

បាទ はい → _____ ឆ្នាំ 年 _____ ខែ 月 _____ ថ្ងៃ 日 ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺអ្វីខ្លះ? 今までにかかった病気はありますか

ជំងឺក្រពះ 胃腸の病気
 ជំងឺថ្លើម 肝臓の病気
 ជំងឺបេះដូង 心臓の病気
 ជំងឺជម្រង់ទឹកនោម 腎臓の病気
 រលង 結核
 រោគទឹកនោមផ្អែម 糖尿病
 ហឺត ぜんそく
 ជំងឺលើសឈាម 高血圧症
 អេដស៍ エイズ
 ជំងឺក្រពេញទឹក 甲状腺の病気
 ជំងឺកាមរោគ 性病
 ផ្សេងៗ その他

តើអ្នកធ្លាប់រក្សាកាត់ដៃឬទេ? 手術を受けたことがありますか បាទ/ចាស はい ទេ いいえ

តើអ្នកធ្លាប់បានបញ្ចូលឈាមដៃឬទេ? 輸血を受けたことがありますか បាទ/ចាស はい ទេ いいえ

សូមសរសេរព័ត៌មានអាយុគ្រួសារអ្នក សូមគូសសញ្ញា(✓)នៅក្នុងប្រអប់បញ្ជាក់អាការៈរោគរបស់អ្នក 家族の病歴

	អាយុ 年齢	សុខភាពល្អ 健康	សុខភាពមិនល្អ 健康ではない	ជំងឺតំណពូជ 遺伝病	ជំងឺឈាមឡើង 高血圧	ជំងឺឈាមឡើង 糖尿病	ជំងឺមហារីក がん
ឪពុក 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ម្តាយ 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បងប្អូនប្រុស 兄弟	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បងប្អូនស្រី 姉妹	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ប្តី 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
កូន 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

តើពេលមកមន្ទីរពេទ្យលើកក្រោយអាចនាំអ្នកបកប្រែភាសាមកដោយខ្លួនឯងបានដៃឬទេ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

បាទ/ចាស はい ទេ いいえ