

Дотрын тасгийн үзлэгийн асуумж

ない か もんしんひょう
内科問診票

Монгол хэл
モンゴル語

Тохирох хэсгийг тэмдэглэнэ үү? あてはまるものにチェックしてください

он 年 сар 月 өдөр 日

Нэр 名前		<input type="checkbox"/> Эрэгтэй 男	<input type="checkbox"/> Эмэгтэй 女
Төрсөн огноо 生年月日	_____ он 年 _____ сар 月 _____ өдөр 日	Утас 電話	
Гэрийн хаяг 住所			
Эрүүл мэндийн даатгалтай юу? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Тийм はい	<input type="checkbox"/> Үгүй いいえ	
Иргэншил 国籍	Хэл 言葉		

Юу болсон бэ? どうしましたか

<input type="checkbox"/> Халуурах(°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> Хоолой өвдөх のどが痛い	<input type="checkbox"/> Ханиах せき	<input type="checkbox"/> Толгой өвдөх 頭が痛い
<input type="checkbox"/> Цээжээр өвдөх 胸が痛い	<input type="checkbox"/> Тууралт 発しん	<input type="checkbox"/> Зүрх дэлсэх 動悸	<input type="checkbox"/> Амьсгал давчдах 息切れ
<input type="checkbox"/> Хавагнах むくみ	<input type="checkbox"/> Толгой эргэх めまい	<input type="checkbox"/> Цээжээр хөндүүрлэх 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> Гэдэс өвдөх お腹が痛い
<input type="checkbox"/> Ходоод өвдөх 胃が痛い	<input type="checkbox"/> Даралт ихсэх 高血圧	<input type="checkbox"/> Бадагших шибиле	<input type="checkbox"/> Ам хатах 口が渇く
<input type="checkbox"/> Биеийн жин буурах 体重が減っている	<input type="checkbox"/> Гэдэс цанхайх お腹が張る	<input type="checkbox"/> Хоолны дуршилгүй байх 食欲がない	
<input type="checkbox"/> Бөөлжих おうと	<input type="checkbox"/> Дотор муухайрах 吐き気	<input type="checkbox"/> Гүйлгэх 下痢	<input type="checkbox"/> Цустай хүндрэх 血便
<input type="checkbox"/> Сульдах だるい	<input type="checkbox"/> Амархан ядрах 疲れやすい	<input type="checkbox"/> Бусад その他	

Шинж тэмдэг хэзээнээс эхэлсэн бэ? それはいつからですか

_____ он 年 _____ сар 月 _____ өдрөөс 日から

Эм, хоол хүнсний харшилтай юу? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Тийм はい → Эм 薬 Хоол хүнс 食べ物 Бусад その他 Үгүй いいえ

Одоо эм ууж байгаа эсэх? 現在飲んでいる薬はありますか

Тийм はい → Одоо танд байгаа бол үзүүлээрэй. 持っていれば見せてください Үгүй いいえ

Жирэмсэн эсвэл жирэмсэн байх магадлалтай юу? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

Тийм はい → _____ сартай жирэмсэн ヶ月 Үгүй いいえ

Хөхүүл үү? 授乳中ですか

Тийм はい Үгүй いいえ

Өнөөг хүртэл ямар нэг өвчин тусч байсан уу? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> Ходоод гэдэсний өвчин 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Элэгний өвчин 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Зүрхний өвчин 心臓の病気
<input type="checkbox"/> Бөөрний өвчин 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Сүрьеэ 結核	<input type="checkbox"/> Чихрийн шижин 糖尿病
<input type="checkbox"/> Даралт ихсэх өвчин 高血圧症	<input type="checkbox"/> ДОХ Эйз	<input type="checkbox"/> Астма ぜんそく
<input type="checkbox"/> Бусад その他	<input type="checkbox"/> Бамбай булчирхайн өвчин 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> Тэмбүү 梅毒

Одоо ямар нэг өвчний эмчилгээ хийлгэж байгаа юу? 現在治療している病気はありますか

Тийм はい Үгүй いいえ

Мэс засалд орж байсан уу? 手術を受けたことがありますか

Тийм はい Үгүй いいえ

Цус сэлбүүлж байсан уу? 輸血を受けたことがありますか

Тийм はい Үгүй いいえ

Дараа ирэхдээ орчуулагчтай ирэх боломжтой юу? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Тийм はい Үгүй いいえ

Мэс заслын тасгийн үзлэгийн асуумж

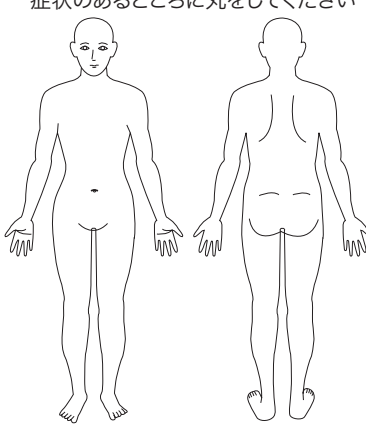
外科問診票

Монгол хэл
モンゴル語

Тохирох хэсгийг тэмдэглэнэ үү? あてはまるものにチェックしてください

он 年 сар 月 өдөр 日

Нэр 名前		<input type="checkbox"/> Эрэгтэй 男	<input type="checkbox"/> Эмэгтэй 女
Төрсөн огноо 生年月日	_____ он 年 _____ сар 月 _____ өдөр 日	Утас 電話	
Гэрийн хаяг 住所			
Эрүүл мэндийн даатгалтай юу? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Тийм はい	<input type="checkbox"/> Үгүй いいえ	
Иргэншил 国籍		Хэл 言葉	

<p>Юу болсон бэ? どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/>Халуурах(°C) 熱がある <input type="checkbox"/>Гэдэс өвдөх お腹が痛い</p> <p><input type="checkbox"/>Бэртсэн けが <input type="checkbox"/>Түлэгдэлт やけど <input type="checkbox"/>Булдруу しこり <input type="checkbox"/>Бадайрах しびれ</p> <p><input type="checkbox"/>Булгарах ひねった <input type="checkbox"/>Биеийн жин буурах 体重が減っている <input type="checkbox"/>Загатнах かゆい</p> <p><input type="checkbox"/>Цөсний чулуу 胆石 <input type="checkbox"/>Хавдах 腫れ <input type="checkbox"/>Шамбарам 痔</p> <p><input type="checkbox"/>Цустай хүндрэх 血便 <input type="checkbox"/>Хоолой / Бамбай булчирхай/ のど(甲状腺)</p> <p><input type="checkbox"/>Ивэрхий 脱腸(ヘルニア) <input type="checkbox"/>Бусад その他</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/>Хүзүү 首 <input type="checkbox"/>Уушиг 肺 <input type="checkbox"/>Хөх 乳房</p> <p><input type="checkbox"/>Ходоод 胃 <input type="checkbox"/>Хүйс へそ <input type="checkbox"/>Гэдэс 腸</p>	<p>Шинж тэмдэг илэрч байгаа газраа дугуйлна уу. 症状のあるところに丸をしてください</p> 
<p>Шинж тэмдэг хэзээнээс эхэлсэн бэ? それはいつからですか</p> <p>_____ он 年 _____ сар 月 _____ өдрөөс 日から</p>	
<p>Эм, хоол хүнсний харшилтай юу? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい → <input type="checkbox"/>Эм 薬 <input type="checkbox"/>Хоол хүнс 食べ物 <input type="checkbox"/>Бусад その他 <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Одоо эм ууж байгаа эсэх? 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい → Одоо танд байгаа бол үзүүлээрэй. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Жирэмсэн эсвэл жирэмсэн байх магадлалтай юу? 妊娠していますか、またその可能性はありますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい → _____ сартай жирэмсэн ヶ月 <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Хөхүүл үү? 授乳中ですか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Өнөөг хүртэл ямар нэг өвчин тусч байсан уу? 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/>Ходоод гэдэсний өвчин 胃腸の病気 <input type="checkbox"/>Элэгний өвчин 肝臓の病気 <input type="checkbox"/>Зүрхний өвчин 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/>Бөөрний өвчин 腎臓の病気 <input type="checkbox"/>Сүрьеэ 結核 <input type="checkbox"/>Чихрийн шижин 糖尿病 <input type="checkbox"/>Астма ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/>Даралт ихсэх өвчин 高血圧症 <input type="checkbox"/>ДОХ Эйзс <input type="checkbox"/>Бамбай булчирхайн өвчин 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/>Тэмбүү 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/>Бусад その他</p>	
<p>Одоо ямар нэг өвчний эмчилгээ хийлгэж байгаа юу? 現在治療している病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Мэс засалд орж байсан уу? 手術を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Цус сэлбүүлж байсан уу? 輸血を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Мэдээ алдуулалтын үед ямар нэг асуудал гарч байсан уу? 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Зөвхөн "Танилцуулах бичиг" / дараагын шатны эмнэлэгт шилжүүлэх бичиг/-тэй хүн бичнэ үү? 紹介状のある方だけ書いてください</p>	
<p>Рэнтгэн зураг авч ирсэн үү? レントゲンフィルムを持っていますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Дурангийн шинжилгээний зураг авч ирсэн үү? 内視鏡フィルムを持っていますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	

Дараа ирэхдээ орчуулагчтай ирэх боломжтой юу? こんご つうやく しぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Тийм はい Үгүй いいえ

〈2/2ページ〉

Гэмтлийн тасгийн үзлэгийн асуумж

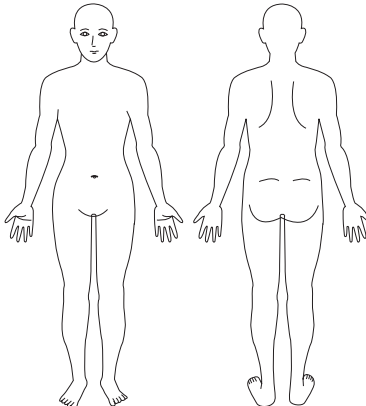
せいけいげかもんしんひょう
整形外科問診票

Монгол хэл
モンゴル語

Тохирох хэсгийг тэмдэглэнэ үү? あてはまるものにチェックしてください

он ^{ねん} 年 сар ^{がつ} 月 өдөр ^{にち} 日

Нэр ^{なまえ} 名前		<input type="checkbox"/> Эрэгтэй ^{おとこ} 男 <input type="checkbox"/> Эмэгтэй ^{おんな} 女
Төрсөн огноо ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ он ^{ねん} 年 _____ сар ^{がつ} 月 _____ өдөр ^{にち} 日	Утас ^{でんわ} 電話
Гэрийн хаяг ^{じゅうしょ} 住所		
Эрүүл мэндийн даатгалтай юу? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ}	
Иргэншил ^{こくせき} 国籍	Хэл ^{ことば} 言葉	

Юу болсон бэ? ^{どうしましたか}	Шинж тэмдэг илэрч байгаа газраа дугуйлна уу. ^{しょうじょう} 症状のあるところに丸をしてください 
<input type="checkbox"/> Халуурах(^{ねつ} °C) 熱がある <input type="checkbox"/> Өвдөлт ^{いたみ} 痛み <input type="checkbox"/> Бэртсэн ^{けが} けが <input type="checkbox"/> Түлэгдэлт ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> Булдруу ^{しこり} しこり <input type="checkbox"/> Хавдах ^{はれもの} はれもの <input type="checkbox"/> Загатнах ^{かゆい} かゆい <input type="checkbox"/> Бадайрах ^{しびれ} しびれ <input type="checkbox"/> Булгарах ^{ひねった} ひねった <input type="checkbox"/> Биеийн жин буурах ^{たいじゅう} 体重が減っている <input type="checkbox"/> Бусад ^{その他} その他	
Шинж тэмдэг хэзээнээс эхэлсэн бэ? ^{それはいつからですか}	
_____ он ^{ねん} 年 _____ сар ^{がつ} 月 _____ өдрөөс ^{にち} 日から	
Эм, хоол хүнсний харшилтай юу? ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} → <input type="checkbox"/> Эм ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> Хоол хүнс ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> Бусад ^{その他} その他 <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ}	
Одоо эм ууж байгаа эсэх? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} → Одоо танд байгаа бол үзүүлээрэй. ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ}	
Жирэмсэн эсвэл жирэмсэн байх магадлалтай юу? ^{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"/> Тийм ^{はい} → _____ сартай жирэмсэн ^{かげつ} ヶ月 <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ}	
Хөхүүл үү? ^{じゅにゅうちゅう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ}
Өнөөг хүртэл ямар нэг өвчин тусч байсан уу? ^{いま} 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Ходоод гэдэсний өвчин ^{いちょう} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Элэгний өвчин ^{かんぞう} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Зүрхний өвчин ^{しんぞう} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Бөөрний өвчин ^{じんぞう} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Сүрьеэ ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> Чихрийн шижин ^{とうりょうびょう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> Астма ^{ぜんそく} ぜんそく <input type="checkbox"/> Даралт ихсэх өвчин ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> ДОХ ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> Бамбай булчирхайн өвчин ^{こうじょうせん} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> Тэмбүү ^{はいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> Бусад ^{その他} その他	
Одоо ямар нэг өвчний эмчилгээ хийлгэж байгаа юу? ^{げんざい} 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ}
Мэс засалд орж байсан уу? ^{しじゅつ} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ}
Цус сэлбүүлж байсан уу? ^{ゆけつ} 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ}
Мэдээ алдуулалтын үед ямар нэг асуудал гарч байсан уу? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ}
Дараа ирэхдээ орчуулагчтай ирэх боломжтой юу? ^{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"/> Тийм ^{はい} <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ}	

Тархи, мэдрэлийн тасгийн үзлэгийн асуумж

のうしんけいげ かもんしんひょう
脳神経外科問診票

Монгол хэл
モンゴル語

Тохирох хэсгийг тэмдэглэнэ үү? あてはまるものにチェックしてください

он ^{ねん}年 ^{がつ}сар ^{にち}өдөр

Нэр ^{なまえ} 名前		<input type="checkbox"/> Эрэгтэй ^{おとこ} 男 <input type="checkbox"/> Эмэгтэй ^{おんな} 女
Төрсөн огноо ^{せいねんがらび} 生年月日	_____ он ^{ねん} 年 _____ сар ^{がつ} 月 _____ өдөр ^{にち} 日	Утас ^{でんわ} 電話
Гэрийн хаяг ^{じゅうしょ} 住所		
Эрүүл мэндийн даатгалтай юу? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ	
Иргэншил ^{こくせき} 国籍		Хэл ^{ことば} 言葉

Юу болсон бэ? どうしましたか

<input type="checkbox"/> Толгой өвдөх ^{あたまいた} 頭が痛い	<input type="checkbox"/> Толгой эргэх ^{めまい} めまい	<input type="checkbox"/> Дотор муухайрах ^{はげ} 吐き気	<input type="checkbox"/> Бөөлжих ^{おうと} 嘔吐
<input type="checkbox"/> Чих шуугих ^{みみな} 耳鳴り	<input type="checkbox"/> Мөр хөших ^{かた} 肩こり	<input type="checkbox"/> Бадайрах ^{しびれ} しびれ	
<input type="checkbox"/> Ухаан алдах ^{いしぎ} 意識がなくなる	<input type="checkbox"/> Сонсгол муудах ^{きこえ} 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> Гар хөл салгалах ^{てあし} 手足のふるえ	
<input type="checkbox"/> Нүд бүрэлзэх ^{ものみ} 物が見えにくい	<input type="checkbox"/> Алхахад хэцүү байх ^{ある} 歩きにくい		
<input type="checkbox"/> Гар хөл хөдөлгөхөд хэцүү байх ^{てあしうご} 手足の動きが悪い	<input type="checkbox"/> Бусад ^{その他} その他		

Шинж тэмдэг хэзээнээс эхэлсэн бэ? それはいつからですか

_____ он ^{ねん}年 _____ сар ^{がつ}月 _____ өдрөөс ^{にち}日から

Толгойгоо цохисон уу? ^{あたま}頭をぶつけましたか

Тийм ^{はい}はい → _____ он ^{ねん}年 _____ сар ^{がつ}月 _____ өдрөөс ^{にち}日から Үгүй ^{いいえ}いいえ

Аль хэсгээ цохисон бэ? どこをぶつけましたか

Дух ^{ぜんとうぶ}前頭部 Дагз ^{ごうとうぶ}後頭部 Баруун шанаа ^{みぎよこ}右横 Зүүн шанаа ^{ひだりよこ}左横

Зам тээврийн осолд орсон уу? ^{こうつうじこ}交通事故ですか

Тийм ^{はい}はい Үгүй ^{いいえ}いいえ

Толгой өвдөж байгаа хүн хариулна уу? ^{あたまいたかた}頭が痛い方への質問です

Хаана өвдөж байна вэ? ^{いた}どこが痛みますか

Дух ^{ぜんとうぶ}前頭部 Дагз ^{ごうとうぶ}後頭部 Баруун шанаа ^{みぎよこ}右横 Зүүн шанаа ^{ひだりよこ}左横 Толгой бүтнээрээ ^{あたまぜんたい}頭全体

Ямар байдалтай өвдөж байна вэ? ^{いた}どのように痛みますか

Лугшиж өвдөх ^{ズキンズキン}ズキンズキン Дүүрч өвдөх ^{ガンガン}ガンガン Таллаж өвдөх ^わガーンと割れるように

Татаж, хөшиж өвдөх ^{キリキリ}キリキリ Хатгуулж өвдөх ^{チクチク}チクチク Бусад ^{その他}その他

Хэзээ хамгийн хүчтэй өвдөж байна вэ? ^{いちばんいた}いつが一番痛いですか

Өглөө ^{あさ}朝 Өдөр ^{ひる}昼 Орой ^{ゆうがた}夕方 Өдөржин ^{いちにちじゅう}一日中

Эм, хоол хүнсний харшилтай юу? ^{くすり た もの}薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Тийм ^{はい}はい → Эм ^{くすり}薬 Хоол хүнс ^{た もの}食べ物 Бусад ^{その他}その他 Үгүй ^{いいえ}いいえ

Одоо эм ууж байгаа эсэх? ^{げんさいの}現在飲んでいる薬はありますか

Тийм ^{はい}はい → Одоо танд байгаа бол үзүүлээрэй. ^も持っていれば見せてください Үгүй ^{いいえ}いいえ

Жирэмсэн эсвэл жирэмсэн байх магадлалтай юу? ^{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

Тийм ^{はい}はい → _____ сартай ^{かげつ}жирэмсэн ^{ケ月} Үгүй ^{いいえ}いいえ

Хөхүүл үү? ^{じゅにゅうちゅう}授乳中ですか

Тийм ^{はい}はい Үгүй ^{いいえ}いいえ

Өнөөг хүртэл ямар нэг өвчин тусч байсан уу? <small>いま びょうき</small> 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> Ходоод гэдэсний өвчин <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Элэгний өвчин <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Зүрхний өвчин <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> Бөөрний өвчин <small>じんぞう びょうき</small> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Сүрьеэ <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> Чихрийн шижин <small>とうようびょう</small> 糖尿病
<input type="checkbox"/> Даралт ихсэх өвчин <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> ДОХ ЭИЗ	<input type="checkbox"/> Бамбай булчирхайн өвчин <small>こうじょうせん びょうき</small> 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> Бусад <small>た</small> その他		<input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく</small> ぜんそく
		<input type="checkbox"/> Тэмбүү <small>はいどく</small> 梅毒
Одоо ямар нэг өвчний эмчилгээ хийлгэж байгаа юу? <small>げんざい ちりやう びょうき</small> 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Тийм <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Үгүй <small>いいえ</small>
Согтууруулах ундаа хэрэглэдэг үү? <small>さけ の</small> お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Тийм <small>はい</small> → _____ мл/өдөрт <small>ml/日</small>	<input type="checkbox"/> Үгүй <small>いいえ</small>
Тамхи татдаг уу? <small>す</small> たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Тийм <small>はい</small> → _____ ш/өдөрт <small>ほん/日</small>	<input type="checkbox"/> Үгүй <small>いいえ</small>
Мэс засалд орж байсан уу? <small>しゆじゆつ うち</small> 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Тийм <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Үгүй <small>いいえ</small>
Мэдээ алдуулалтын үед ямар нэг асуудал гарч байсан уу? <small>ますい なに</small> 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Тийм <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Үгүй <small>いいえ</small>
Дараа ирэхдээ орчуулагчтай ирэх боломжтой юу? <small>こんご づうやく じぶん づ</small> 今後、通訳を自分で連れてくることができますか		
<input type="checkbox"/> Тийм <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Үгүй <small>いいえ</small>		

〈2/2ページ〉

Сэтгэцийн тасгийн үзлэгийн асуумж

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票

Монгол хэл
モンゴル語

Тохирох хэсгийг тэмдэглэнэ үү? あてはまるものにチェックしてください

он 年 сар 月 өдөр 日

Нэр 名前		<input type="checkbox"/> Эрэгтэй 男	<input type="checkbox"/> Эмэгтэй 女
Төрсөн огноо 生年月日	_____ он 年 _____ сар 月 _____ өдөр 日	Утас 電話	
Гэрийн хаяг 住所			
Эрүүл мэндийн даатгалтай юу? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Тийм はい	<input type="checkbox"/> Үгүй いいえ	
Иргэншил 国籍		Хэл 言葉	

Юу болсон бэ? どうしましたか

Нойргүйдэх 眠れない

Сэтгэл санаа тавгүй, цочролд орох 不安やパニック発作

Сэтгэл гутрал 気分

Хүн хараад байх шиг санагдах 人に見られている気がする

Ухаан алдах 意識がなくなる

Сэтгэл хөөрөлд амархан автах 興奮しやすい

Бусад その他

Хэт яриасах いつもよりよくしゃべる

Хий дуу хоолой сонсогдох 周りに人がいないのに声が聞こえる

Эрч хүчгүй байх 元気がない

Хэт эрч хүчтэй байх 元気がよすぎる

Үхмээр санагдах 死にたい

Бие махбодийн хүчирхийлэл үйлдэх 暴力をふるう

Шинж тэмдэг хэзээнээс эхэлсэн бэ? それはいつからですか

_____ он 年 _____ сар 月 _____ өдрөөс 日から

Эм, хоол хүнсний харшилтай юу? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Тийм はい → Эм 薬 Хоол хүнс 食べ物 Бусад その他 Үгүй いいえ

Хамт ирсэн хүний нэр 付添者の氏名

Таны хэн болох? 本人との関係 Гэр бүл 家族 Найз 友人 Бусад その他 → ()

Өнөөдөр ирж үзүүлэх шийдвэрийг хэн гаргасан бэ? 本日の受診はどなたの意志ですか

Өөрөө 本人 Гэр бүл 家族 Найз 友人 Цагдаа 警察 Ажлын газрын хүн 勤務先の人

Бусад その他 → ()

Өнөөдөр ямар зорилгоор үзүүлж байна вэ? 本日の受診の目的は何ですか

Онош 診断 Онош бичиг 診断書

Эмчилгээ 治療 Эмнэлэгт хэвтэх 入院

Өөр эмнэлэгт танилцуулах 紹介 Хоёрдогч санал сонсох セカンドオピニオン

Бусад その他 → ()

Жирэмсэн эсвэл жирэмсэн байх магадлалтай юу? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

Тийм はい → _____ сартай жирэмсэн ヶ月 Үгүй いいえ

Хөхүүл үү? 授乳中ですか Тийм はい Үгүй いいえ

Одоо ямар нэг өвчний эмчилгээ хийлгэж байгаа юу? 現在治療している病気はありますか

Тийм はい → Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр (эрүүл мэндийн байгууллага) 医療機関名

Үгүй いいえ

Одоо эм ууж байгаа эсэх? 現在飲んでいる薬はありますか

Тийм はい → Одоо танд байгаа бол үзүүлээрэй. 持っていれば見せてください Үгүй いいえ



Өнөөг хүртэл ямар нэг өвчин тусч байсан уу? いま 今までにかかった びょうき 病気はありますか

- Зөнөх өвчин にんちしょう 認知症 Согтууруулах ундаа, хар тамхины донтолт やくぱういぞん アルコールや薬物依存
- Сэтгэцийн эмгэг きふんしょうがい 気分障害 → Солио өвчин そうびょう 躁病 Хоёр туйлт сэтгэцийн эмгэг そうつびょう 躁鬱病 Сэтгэл гутрал うつびょう 鬱病
- Цочрол パニック Нойргүйдэл ふみんしょう 不眠症 Зан аашийн эмгэг しょうがい パーソナリティー障害
- Хөгжлийн эмгэг はつたつしょうがい 発達障害 Оюуны хоцрогдол せいしんちたい 精神遅滞
- Анхаарал дутмагшил хэт хөдөлгөөнтөх эмгэг ちゅういけつかんじょう 注意欠陥(如)多動性障害
- Унадаг өвчин, эпилепси てんかん Шизофрени どうこうしつちょうしょう 統合失調症
- Бусад その他 → ()

Дараа ирэхдээ орчуулагчтай ирэх боломжтой юу? こんご 今後、つうやく 通訳を じぶん 自分で連れてくることができますか

- Тийм はい Үгүй いいえ

<2/2ページ>

Хүүхдийн тасгийн үзлэгийн асуумж

しょうにかもんしんひょう
小児科問診票

Монгол хэл
モンゴル語

Тохирох хэсгийг тэмдэглэнэ үү? あてはまるものにチェックしてください

он ^{ねん} 年 сар ^{がつ} 月 өдөр ^{にち} 日

Хүүхдийн нэр ^{なまえ} 子どもの名前	<input type="checkbox"/> Эрэгтэй ^{おとこ} 男 <input type="checkbox"/> Эмэгтэй ^{おんな} 女
Төрсөн огноо ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ он ^{ねん} 年 _____ сар ^{がつ} 月 _____ өдөр ^{にち} 日
Гэрийн хаяг ^{じゅうしょ} 住所	Утас ^{でんわ} 電話
Эрүүл мэндийн даатгалтай юу? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ
Иргэншил ^{こくせき} 国籍	Хэл ^{ことば} 言葉

/Таны хүүхэд/ яасан бэ? どうしましたか

- Халуурах(^{ねつ} °C) 熱がある Хоолой өвдөх ^{のどが} 痛いのどが痛い Ханиах ^{せき} せき Татах, таталт өгөх ^{ひきつけ} ひきつけをおこす
- Эрч хүчгүй байх ^{げんき} 元気がない Ааш зан тавгүй байх ^{きげん} 機嫌が悪い Хавагнах ^{むくみ} むくみ Толгой өвдөх ^{あたま} 頭が痛い
- Гэдэс өвдөх ^{なか} お腹が痛い Цээжээр өвдөх ^{むね} 胸が痛い Тууралт ^{ぼんしん} 発しん Ходоод өвдөх ^い 胃が痛い
- Бөөлжих ^{おうと} 嘔吐 Хоолны дуршилгүй байх ^{しょくよく} 食欲がない Дотор муухайрах ^{はきけ} 吐き気
- Биеийн жин нэмэгдэхгүй байх ^{たいじゅう} 体重の増加不良 Гүйлгэх ^{げり} 下痢 Цустай хүндрэх ^{けつべん} 血便
- Бусад ^{その他} その他

Шинж тэмдэг хэзээнээс эхэлсэн бэ? それはいつからですか

_____ он ^{ねん} 年 _____ сар ^{がつ} 月 _____ өдрөөс ^{にち} 日から

Эм, хоол хүнсний харшилтай юу? ^{くすり} 薬や^た食べ物でアレルギーが^で出ますか

- Тийм ^{はい} はい → Эм ^{くすり} 薬 Өндөг ^{たまご} 卵 Сүү ^{ぎゅうにゅう} 牛乳 Бусад хүнсний зүйл ^た その他の^{もの}食べ物 Бусад ^た その他 Үгүй ^{いいえ} いいえ

Одоо эм ууж байгаа эсэх? ^{げんざいの} 現在^{くすり} 飲んでいる薬はありますか

- Тийм ^{はい} はい → Одоо танд байгаа бол үзүүлээрэй. ^も 持っていれば^み 見せてください Үгүй ^{いいえ} いいえ

Ямар төрлийн эм ууж чадах вэ? ^{しゅるい} どの^{くすり} 種類の^の薬が飲めますか

- Усан эм ^{シロップ} シロップ Нунтаг эм ^{こなぐすり} 粉薬 Шахмал эм эсвэл капсултай эм ^{じょうざい} 錠剤またはカプセル

Төрөх үеийн байдал ^{しゅざん} 出産^{とき} の時のようす

- Нярайн биеийн жин _____ g ^{あか} 赤ちゃん^{たいじゅう} の体重 Эхийн нас _____ ^{ははおや} 母親^{ねんらい} の年齢
- Хэвийн төрөлт ^{せいじょうぶんべん} 正常分娩 Хүндрэлтэй төрөлт ^{いじょうぶんべん} 異常分娩 Кесар хагалгаа ^{ていおうせつかい} 帝王切開

Хийлгэсэн вакцин ^{せっしゅず} 接種^{よほうせっしゅ} 済み予防接種

- Хемофлюс инфлюэнза В ^{ヒブ} ヒブ Халдварт саа ^{ポリオ} ポリオ 3-т / DТaP-Тdар/Td вакцин /сахуу, татран, хөхүүл ханиад/ ^{さんしゅこんごう} 三種混合
- Гахайн хавдар ^{かぜ} おたふく風邪 БЦЖ / сүрьеэгийн вакцин / BCG Пневмококк ^{はいえんきゅうきん} 肺炎球菌
- 4-т /сахуу, татран, хөхүүл ханиад, халдварт саа/ ^{よんしゅこんごう} 四種混合 Улаанбурхан, улаанууд ^{ましん} 麻しん・^{ふう} 風しん混合
- Салхин цэцэг ^{みず} 水ぼうそう Япон тархины үрэвсэл ^{にほんのうえん} 日本脳炎 Ротавирус ^{ロタウィルス} ロタウィルス Бусад ^た その他

Өнөөг хүртэл ямар нэг өвчин тусч байсан уу? ^{いま} 今まで^{びょうき} にかかった病気はありますか

- Улаанууд ^{ふう} 風しん Салхин цэцэг ^{みず} 水ぼうそう Улаанбурхан ^{ましん} 麻しん Астма ^{ぜんそく} ぜんそく
- Гахайн хавдар ^{かぜ} おたふく風邪 Хөхүүл ханиад ^{ひやくにち} 百日ぜき Мухар олгойн үрэвсэл ^{ちゅうすいえん} 虫垂炎
- Кавасаки өвчин ^{かわさきびょう} 川崎病 Огцом тууралтат халдвар ^{とつぱせいしほつ} 突発性発しん
- Японы энцефалит ^{にほんのうえん} 日本脳炎 Халууралтын таталт ^{ねつせい} 熱性けいれん Бусад ^た その他

Одоо ямар нэг өвчний эмчилгээ хийлгэж байгаа юу? ^{げんざい} 現在^{ちりょう} 治療している病気はありますか

- Тийм ^{はい} はい Үгүй ^{いいえ} いいえ

Мэс засалд орж байсан уу? ^{しゅじゅつ} 手術を受けたことがありますか

- Тийм ^{はい} はい Үгүй ^{いいえ} いいえ

Мэдээ алдуулалтын үед ямар нэг асуудал гарч байсан уу? ^{ますい} 麻酔をして^{なに} 何か^なトラブルがありましたか

- Тийм ^{はい} はい Үгүй ^{いいえ} いいえ

Дараа ирэхдээ орчуулагчтай ирэх боломжтой юу? ^{こんご} 今後、^{つうやく} 通訳を^{じぶん} 自分で連れてくることができますか

- Тийм ^{はい} はい Үгүй ^{いいえ} いいえ

Арьсны өвчний үзлэгийн асуумж

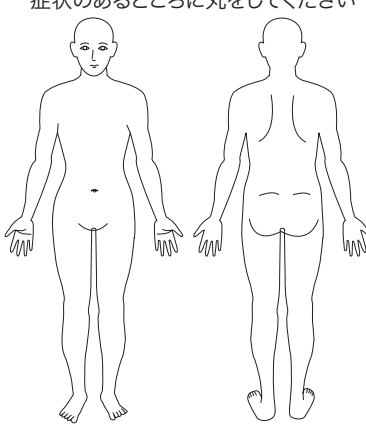
ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

Монгол хэл
モンゴル語

Тохирох хэсгийг тэмдэглэнэ үү? あてはまるものにチェックしてください

он年 сар月 өдөр日

Нэр 名前		<input type="checkbox"/> Эрэгтэй 男 <input type="checkbox"/> Эмэгтэй 女
Төрсөн огноо 生年月日	_____ он年 _____ сар月 _____ өдөр日	Утас 電話
Гэрийн хаяг 住所		
Эрүүл мэндийн даатгалтай юу? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Тийм はい <input type="checkbox"/> Үгүй いいえ	
Иргэншил 国籍		Хэл 言葉

<p>Юу болсон бэ? どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/>Халуурах(°C) 熱がある <input type="checkbox"/>Өвдөх 痛い <input type="checkbox"/>Загатнах かゆい</p> <p><input type="checkbox"/>Түлэгдэлт やけど <input type="checkbox"/>Тууралт 発しん <input type="checkbox"/>Экзем 湿疹</p> <p><input type="checkbox"/>Хөхрөлт あざ <input type="checkbox"/>Мэнгэ ほくろ <input type="checkbox"/>Нөсөө толбо しみ</p> <p><input type="checkbox"/>Мөөгөнцөр 水虫 <input type="checkbox"/>Усархаг, ус гүйсэн じくじくしている</p> <p><input type="checkbox"/>Бусад その他</p>	<p>Шинж тэмдэг илэрч байгаа газраа дугуйлна уу. 症状のあるところに丸をしてください</p> 
<p>Шинж тэмдэг хэзээнээс эхэлсэн бэ? それはいつからですか</p> <p>_____ он年 _____ сар月 _____ өдрөөс 日から</p>	
<p>Энэ шинж тэмдэг өөрчлөгдөж байгаа юу? その症状は変化していますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Эм, хоол хүнсний харшилтай юу? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい → <input type="checkbox"/>Эм 薬 <input type="checkbox"/>Хоол хүнс 食べ物 <input type="checkbox"/>Бусад その他 <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Одоо эм ууж байгаа эсэх? 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい → Одоо танд байгаа бол үзүүлээрэй. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Жирэмсэн эсвэл жирэмсэн байх магадлалтай юу? 妊娠していますか、またその可能性はありますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい → _____ сартай жирэмсэн 月 <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Хөхүүл үү? 授乳中ですか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Өнөөг хүртэл ямар нэг өвчин тусч байсан уу? 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/>Ходоод гэдэсний өвчин 胃腸の病気 <input type="checkbox"/>Элэгний өвчин 肝臓の病気 <input type="checkbox"/>Зүрхний өвчин 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/>Бөөрний өвчин 腎臓の病気 <input type="checkbox"/>Сүрьеэ 結核 <input type="checkbox"/>Чихрийн шижин 糖尿病 <input type="checkbox"/>Астма ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/>Даралт ихсэх өвчин 高血圧症 <input type="checkbox"/>ДОХ ЭИЗ <input type="checkbox"/>Бамбай булчирхайн өвчин 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/>Тэмбүү 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/>Бусад その他</p>	
<p>Одоо ямар нэг өвчний эмчилгээ хийлгэж байгаа юу? 現在治療している病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Мэс засалд орж байсан уу? 手術を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Мэдээ алдуулалтын үед ямар нэг асуудал гарч байсан уу? 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	
<p>Дараа ирэхдээ орчуулагчтай ирэх боломжтой юу? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか</p> <p><input type="checkbox"/>Тийм はい <input type="checkbox"/>Үгүй いいえ</p>	

Төрөх, эмэгтэйчүүдийн тасгийн үзлэгийн асуумж

さん ふ じん か もんしんひょう
産婦人科問診票

Монгол хэл
モンゴル語

Тохирах хэсгийг тэмдэглэнэ үү? あてはまるものにチェックしてください

он 年 сар 月 өдөр 日

Нэр 名前		<input type="checkbox"/> Эрэгтэй 男	<input type="checkbox"/> Эмэгтэй 女
Төрсөн огноо 生年月日	_____ он 年 _____ сар 月 _____ өдөр 日	Утас 電話	
Гэрийн хаяг 住所			
Эрүүл мэндийн даатгалтай юу? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Тийм はい	<input type="checkbox"/> Үгүй いいえ	
Иргэншил 国籍		Хэл 言葉	

Юу болсон бэ? どうしましたか

<input type="checkbox"/> Жирэмсэн 妊娠	<input type="checkbox"/> Сарын тэмдэгт өөрчлөлт орох 月経の異常	<input type="checkbox"/> Хэвийн бус цус гарах 不正性器出血
<input type="checkbox"/> Үтрээний ялгадас оромо	<input type="checkbox"/> Хэвлийн доод хэсгээр өвдөх 下腹部が痛い	<input type="checkbox"/> Ургацаг ポリープ
<input type="checkbox"/> Өндгөвчний уйланхай 卵巣の腫瘍	<input type="checkbox"/> Гадна бэлгэ эрхтэн загатнах 性器のかゆみ	
<input type="checkbox"/> Умайн хоргүй хавдар /Миом/ 子宮筋腫		<input type="checkbox"/> Хорт хавдрын шинжилгээ がん検診
<input type="checkbox"/> Үргүйдэл 不妊症	<input type="checkbox"/> Цус багадалт 貧血	<input type="checkbox"/> Бусад その他

Сарын тэмдгийн тухай 生理について

Анхны сарын тэмдэг хэзээ ирсэн бэ? 初めて生理があったのはいつですか	_____ нас 才
Цэвэршилт хэзээ эхэлсэн бэ? 閉経はいつですか	_____ нас 才
Сарын тэмдгийн мөчлөг тогтмол уу? 生理は順調ですか	<input type="checkbox"/> Тийм はい <input type="checkbox"/> Үгүй いいえ
Сарын тэмдгийн мөчлөгийн тухай 周期について	
<input type="checkbox"/> 28 хоног 28日型 <input type="checkbox"/> 30 хоног 30日型 <input type="checkbox"/> _____ хоног 日型	<input type="checkbox"/> Мөчлөг тогтмол бус 不順
Сарын тэмдгийн хугацааны тухай 生理の期間について	_____ өдөр 日間
Сарын тэмдгийн хэмжээний тухай 生理の量について	<input type="checkbox"/> Их 多い <input type="checkbox"/> Хэвийн 普通 <input type="checkbox"/> Бага 少ない
Сарын тэмдэг ирэх үед өвддөг үү? 生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> Тийм はい <input type="checkbox"/> Үгүй いいえ
Хамгийн сүүлийн сарын тэмдэг 最終月経は	_____ сарын 月 _____ өдөр 日

Жирэмсэлсэн тоо 妊娠した回数

<input type="checkbox"/> _____ удаа жирэмсэлсэн 妊娠	
<input type="checkbox"/> _____ удаа төрсөн 分娩 → <input type="checkbox"/> _____ удаа хэвийн төрөлт 正常分娩	<input type="checkbox"/> _____ удаа хүндрэлтэй төрөлт 異常分娩
<input type="checkbox"/> _____ удаа зулбасан 流産 → <input type="checkbox"/> _____ удаа жирэмсний эрт үеийн зулбалт 自然流産	<input type="checkbox"/> _____ удаа үр хөндөлт 人工流産
<input type="checkbox"/> Бусад その他	<input type="checkbox"/> Савны гадуурх жирэмслэлт 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> Цулцан хураа 胎状奇胎

Жирэмсэн эх тус эмнэлэгт төрөх хүсэлтэй юу? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか

Тийм はい Үгүй いいえ

Эм, хоол хүнсний харшилтай юу? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Тийм はい → Эм 薬 Хоол хүнс 食べ物 Бусад その他 Үгүй いいえ

Одоо эм ууж байгаа эсэх? 現在飲んでいる薬はありますか

Тийм はい → Одоо танд байгаа бол үзүүлээрэй. 持っていれば見せてください Үгүй いいえ

Хорт хавдрын шинжилгээ өгч байсан уу? がん検診を受けたことがありますか

Тийм はい → _____ он 年 _____ сар 月 _____ өдөр 日 Үгүй いいえ

Өнөөг хүртэл ямар нэг өвчин тусч байсан уу? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

Ходоод гэдэсний өвчин いちょう びょうき 胃腸の病気
 Элэгний өвчин かんぞう びょうき 肝臓の病気
 Зүрхний өвчин しんぞう びょうき 心臓の病気
 Бөөрний өвчин じんぞう びょうき 腎臓の病気
 Сүрьеэ けっかく 結核
 Чихрийн шижин けっかく とうようびょう 糖尿病
 Даралт ихсэх өвчин こうけつあつしやう 高血圧症
 ДОХ エイズ エイズ
 Бамбай булчирхайн өвчин こうしやうせん びょうき 甲状腺の病気
 Тэмбүү ばいどく 梅毒
 Бусад た その他

Мэс засалд орж байсан уу? しゆじゆつ う 手術を受けたことがありますか Тийм はい Үгүй いいえ

Цус сэлбүүлж байсан уу? ゆけつ う 輸血を受けたことがありますか Тийм はい Үгүй いいえ

Гэр бүлийн өвчний түүх かぞく びょうれき 家族の病歴

	нас <small>ねんれい</small> 年齢	Эрүүл <small>けんこう</small> 健康	Эрүүл биш <small>けんこう ではない</small> 健康ではない	Удамшлын өвчин <small>いでんびょう</small> 遺伝病	Даралт ихсэх өвчин <small>こうけつあつ</small> 高血圧	Чихрийн шижин <small>とうようびょう</small> 糖尿病	Хорт хавдар <small>がん</small>
Аав <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ээж <small>はは</small> 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ах, эрэгтэй дүү <small>きょうだい</small> 兄弟	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Эгч, эмэгтэй дүү <small>しまい</small> 姉妹	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нөхөр <small>おと</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хүүхэд <small>こども</small> 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Дараа ирэхдээ орчуулагчтай ирэх боломжтой юу? こんご づうやく じぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Тийм はい Үгүй いいえ



Нүдний тасгийн үзлэгийн асуумж

がん か もんしんひょう
眼科問診票

Монгол хэл
モンゴル語

Тохирох хэсгийг тэмдэглэнэ үү? あてはまるものにチェックしてください

он ^{ねん}年 ^{がつ}сар ^{にち}өдөр ^{にち}日

Нэр ^{なまえ} 名前		<input type="checkbox"/> Эрэгтэй ^{おとこ} 男 <input type="checkbox"/> Эмэгтэй ^{おんな} 女
Төрсөн огноо ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ он ^{ねん} 年 _____ сар ^{がつ} 月 _____ өдөр ^{にち} 日	Утас ^{でんわ} 電話
Гэрийн хаяг ^{じゅうしょ} 住所		
Эрүүл мэндийн даатгалтай юу? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ	
Иргэншил ^{こくせき} 国籍	Хэл ^{ことば} 言葉	

Юу болсон бэ? どうしましたか

Баруун ^{みぎめ}右眼 Зүүн ^{ひだりめ}左眼 Хоёулаа ^{りょうめ}両眼 Нулимс гоожих ^{なみだ}涙が出る

Өвдөх ^{いた}痛い Нуухтах ^め目やに Хавдах ^{はれもの}はれもの Нүдэнд юм торох ^{ゴロゴロ}ゴロゴロする

Нүд бүрэлзэх ^み見えにくい Давхардаж харагдах ^{もの}物が二重に見える Нүд гялбах ^{まぶしい}まぶしい

Бусад ^たその他

Шинж тэмдэг хэзээнээс эхэлсэн бэ? それはいつからですか

_____ он ^{ねん}年 _____ сар ^{がつ}月 _____ өдрөөс ^{にち}日から

Эм, хоол хүнсний харшилтай юу? ^{くすり}薬や^た食べ物で^もアレルギーが^で出ますか

Тийм ^{はい}はい → Эм ^{くすり}薬 Хоол хүнс ^た食べ物 Бусад ^たその他 Үгүй ^{いいえ}いいえ

Одоо эм ууж байгаа эсэх? ^{げんざいの}現在飲んでいる^{くすり}薬はありますか

Тийм ^{はい}はい → Одоо танд байгаа бол үзүүлээрэй. ^も持っていれば^み見せてください Үгүй ^{いいえ}いいえ

Жирэмсэн эсвэл жирэмсэн байх магадлалтай юу? ^{にんしん}妊娠していますか、またその^{かのうせい}可能性はありますか

Тийм ^{はい}はい → _____ сартай ^{かづ}жирэмсэн ^{ケ月} Үгүй ^{いいえ}いいえ

Хөхүүл үү? ^{じゆにゆうちゆう}授乳中ですか Тийм ^{はい}はい Үгүй ^{いいえ}いいえ

Мэдээ алдуулалтын үед ямар нэг асуудал гарч байсан уу? ^{ますい}麻酔をして^{なに}何かトラブルが^ありましたか Тийм ^{はい}はい Үгүй ^{いいえ}いいえ

Өнөөг хүртэл ямар нэг өвчин тусч байсан уу? ^{いま}今までにかかった^{びょうき}病気はありますか

Ходоод гэдэсний өвчин ^{いちょう}胃腸の^{びょうき}病気 Элэгний өвчин ^{かんぞう}肝臓の^{びょうき}病気 Зүрхний өвчин ^{しんぞう}心臓の^{びょうき}病気

Бөөрний өвчин ^{じんぞう}腎臓の^{びょうき}病気 Сүрьеэ ^{けっかく}結核 Чихрийн шижин ^{けっかく}糖尿病 Астма ^{ぜんそく}ぜんそく

Даралт ихсэх өвчин ^{こうけつあつしょう}高血圧症 ДОХ ^{エイズ}エイズ Бамбай булчирхайн өвчин ^{こうしゅうせん}甲状腺の^{びょうき}病気 Тэмбүү ^{はいどく}梅毒

Бусад ^たその他

Одоо ямар нэг өвчний эмчилгээ хийлгэж байгаа юу? ^{げんざい}現在治療している^{びょうき}病気はありますか Тийм ^{はい}はい Үгүй ^{いいえ}いいえ

Гэр бүлд тань нүдний өвчтэй хүн бий юу? ^{かぞく}家族で^め目の^{びょうき}病気の人^{ひと}がいますか

Тийм ^{いる}いる → Энэ хэн бэ ^{たれ}誰が _____ Ямар өвчин бэ? ^{びょうき}それはどんな^{びょうき}病気ですか

Үгүй ^{いない}いない

Дараа ирэхдээ орчуулагчтай ирэх боломжтой юу? ^{こんご}今後、^{つうやく}通訳を^{じぶん}自分で^つ連れてくる^{こと}ことができますか

Тийм ^{はい}はい Үгүй ^{いいえ}いいえ

Чих, хамар, хоолойн тасгийн үзлэгийн асуумж

じびいんこうかもんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票

Монгол хэл
モンゴル語

Тохирох хэсгийг тэмдэглэнэ үү? あてはまるものにチェックしてください

он ^{ねん}年 ^{がつ}сар ^{にち}өдөр

Нэр ^{なまえ} 名前		<input type="checkbox"/> Эрэгтэй ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Эмэгтэй ^{おんな} 女
Төрсөн огноо ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ он ^{ねん} 年 _____ сар ^{がつ} 月 _____ өдөр ^{にち} 日	Утас ^{でんわ} 電話	
Гэрийн хаяг ^{じゅうしょ} 住所			
Эрүүл мэндийн даатгалтай юу? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} はい	<input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ	
Иргэншил ^{こくせき} 国籍		Хэл ^{ことば} 言葉	

Юу болсон бэ? どうしましたか				
<input type="checkbox"/> Халуурах(^{ねつ} °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> Толгой дүүрэх ^{あたま} 頭が重い			
<input type="checkbox"/> Толгой өвдөх ^{あたま} 頭が痛い				
Чихний шинж тэмдэг ^{みみ} 耳の症状				
<input type="checkbox"/> Баруун ^{みぎ} 右	<input type="checkbox"/> Зүүн ^{ひだり} 左	<input type="checkbox"/> Хоёулаа ^{りょうほう} 両方	<input type="checkbox"/> Чих өвдөх ^{みみ} 耳が痛い	
<input type="checkbox"/> Чихний булаг ^{みみ} 耳だれ	<input type="checkbox"/> Чих шуугих ^{みみ} 耳なり	<input type="checkbox"/> Чихний хулхи ^{みみ} 耳あか	<input type="checkbox"/> Толгой эргэх ^{めまい} めまい	
<input type="checkbox"/> Сонсгол муудах ^{きこえ} 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> Чих дөжрөх ^{みみ} 耳がふさがった感じ			
Хамрын шинж тэмдэг ^{はな} 鼻の症状				
<input type="checkbox"/> Хамар битүүрэх ^{はな} 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> Нусгайрах ^{はな} 鼻がでる	<input type="checkbox"/> Найтаах ^{くしゃみ} くしゃみ	<input type="checkbox"/> Хамрын цус ^{はなぢ} 鼻血	
<input type="checkbox"/> Хурхирах ^{いびき} いびき	<input type="checkbox"/> Үнэр мэдрэхгүй байх ^{におい} においがわからない			
Хоолойн шинж тэмдэг ^{のど} のどの症状				
<input type="checkbox"/> Хэл өвдөх ^{した} 舌が痛い	<input type="checkbox"/> Хоолой өвдөх ^{のど} のどが痛い	<input type="checkbox"/> Ханиах ^{せき} せき	<input type="checkbox"/> Цэр ^{たん} たん	
<input type="checkbox"/> Хоолойд юм тээглэх ^{のど} のどに何かある感じ	<input type="checkbox"/> Хоолой сөөх ^{こえ} 声がかかる			
<input type="checkbox"/> Залгихад хөндүүрлэх ^{のみ} 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> Нүүр, хүзүү хавдах ^{かお} 顔・頸部(くび)の腫れ			
<input type="checkbox"/> Бусад ^{その他} その他				
Шинж тэмдэг хэзээнээс эхэлсэн бэ? ^{それはいつからですか}	_____ он ^{ねん} 年 _____ сар ^{がつ} 月 _____ өдрөөс ^{にち} 日から			
Эм, хоол хүнсний харшилтай юу? ^{くすり} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか				
<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> Эм ^{くすり} 薬	<input type="checkbox"/> Хоол хүнс ^た 食べ物	<input type="checkbox"/> Бусад ^{その他} その他	<input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ	
Одоо эм ууж байгаа эсэх? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか				
<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} はい →	Одоо танд байгаа бол үзүүлээрэй. ^も 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ	
Жирэмсэн эсвэл жирэмсэн байх магадлалтай юу? ^{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"/> Тийм ^{はい} はい →	_____ сартай ^{かげつ} жирэмсэн ヶ月	<input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ		
Хөхүүл үү? ^{じにゅうちゅう} 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} はい	<input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ	
Согтууруулах ундаа хэрэглэдэг үү? ^{さけ} お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} はい →	_____ мл/өдөрт ^ひ ml/日	<input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ	
Тамхи татдаг үү? ^す たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} はい →	_____ ш/өдөрт ^{ほん} 本/日	<input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ	
Мэс засалд орж байсан үү? ^{しゅじゅつ} 手術を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} はい	<input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ
Цус сэлбүүлж байсан үү? ^{ゆけつ} 輸血を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} はい	<input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ
Мэдээ алдуулалтын үед ямар нэг асуудал гарч байсан үү? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか			<input type="checkbox"/> Тийм ^{はい} はい	<input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ
Дараа ирэхдээ орчуулагчтай ирэх боломжтой юу? ^{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"/> Тийм ^{はい} はい				<input type="checkbox"/> Үгүй ^{いいえ} いいえ

Шүдний тасгийн үзлэгийн асуумж

し か もんしんひょう
歯科問診票

Монгол хэл
モンゴル語

Тохирох хэсгийг тэмдэглэнэ үү? あてはまるものにチェックしてください

он 年 сар 月 өдөр 日

Нэр 名前		<input type="checkbox"/> Эрэгтэй 男	<input type="checkbox"/> Эмэгтэй 女
Төрсөн огноо 生年月日	_____ он 年 _____ сар 月 _____ өдөр 日	Утас 電話	
Гэрийн хаяг 住所			
Эрүүл мэндийн даатгалтай юу? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Тийм はい	<input type="checkbox"/> Үгүй いいえ	
Иргэншил 国籍		Хэл 言葉	

Юу болсон бэ? どうしましたか

Шүд өвдөх 歯が痛い Шүдний ломбо унах つめ物がとれた Буйл өвдөх 歯ぐきが痛い

Хорхойтой шүд эмчлүүлмээр байна. 虫歯を治してほしい Хиймэл шүд хийлгэмээр байна. 入れ歯を作りたい

Хиймэл шүд эвдэрсэн. 入れ歯がこわれた Шүдний зуултаа засмаар байна. 歯並びを治したい

Үзлэг шинжилгээ 検診 Шүдний чулуу, шүдний өнгөр арилгах 歯石・歯こうを取りたい

Амны үнэр 口臭 Бусад その他

Эм, хоол хүнсний харшилтай юу? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Тийм はい → Эм 薬 Хоол хүнс 食べ物 Бусад その他 Үгүй いいえ

Одоо эм ууж байгаа эсэх? 現在飲んでいる薬はありますか

Тийм はい → Одоо танд байгаа бол үзүүлээрэй. 持っていれば見せてください Үгүй いいえ

Мэдээ алдуулалтын үед ямар нэг асуудал гарч байсан уу? 麻酔をして何かトラブルがありましたか Тийм はい Үгүй いいえ

Шүд авахуулж байсан уу? 歯を抜いたことがありますか Тийм はい Үгүй いいえ

Жирэмсэн эсвэл жирэмсэн байх магадлалтай юу? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

Тийм はい → _____ сартай жирэмсэн 月 Үгүй いいえ

Хөхүүл үү? 授乳中ですか Тийм はい Үгүй いいえ

Өнөөг хүртэл ямар нэг өвчин тусч байсан уу? 今までにかかった病気はありますか

Ходоод гэдэсний өвчин 胃腸の病気 Элэгний өвчин 肝臓の病気 Зүрхний өвчин 心臓の病気

Бөөрний өвчин 腎臓の病気 Сүрьеэ 結核 Чихрийн шижин 糖尿病 Астма ぜんそく

Даралт ихсэх өвчин 高血圧症 ДОХ ЭИЗ Бамбай булчирхайн өвчин 甲状腺の病気 Тэмбүү 梅毒

Бусад その他

Одоо ямар нэг өвчний эмчилгээ хийлгэж байгаа юу? 現在治療している病気はありますか Тийм はい Үгүй いいえ

Ямар эмчилгээ авахыг хүсч байна вэ? 治療に対する希望

Өвчтэй хэсгийг бүгдийг нь эмчлүүлмээр байна. 悪いところは全て治したい

Зөвхөн одоо өвдөж байгаа шүдээ эмчлүүлмээр байна. 今痛い歯だけを治したい

Эмчилгээний төлбөрийг хувиасаа төлсөн ч болно. 自費診療でもかまわない

Даатгалд хамрагдах хүрээнд эмчилгээ хийлгэе. 保険の範囲内で治したい

Эмчтэй зөвлөлдөж шийдмээр байна. 相談して決めたい

Дараа ирэхдээ орчуулагчтай ирэх боломжтой юу? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Тийм はい Үгүй いいえ

