

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

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"/> Баруун ^{みぎめ} 右眼	<input type="checkbox"/> Зүүн ^{ひだりめ} 左眼	<input type="checkbox"/> Хоёулаа ^{りょうめ} 両眼	<input type="checkbox"/> Нулимс гоожих ^{なみだ} 涙が出る
<input type="checkbox"/> Өвдөх ^{いた} 痛い	<input type="checkbox"/> Нуухтах ^め 目やに	<input type="checkbox"/> Хавдах ^{はれもの} はれもの	<input type="checkbox"/> Нүдэнд юм торох ^{ゴロゴロ} ゴロゴロする
<input type="checkbox"/> Нүд бүрэлзэх ^み 見えにくい	<input type="checkbox"/> Давхардаж харагдах ^{もの} 物が二重に見える		<input type="checkbox"/> Нүд гялбах ^{まぶしい} まぶしい
<input type="checkbox"/> 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 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 ^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 ^{かづ}жирэмсэн ^{げつ}ヶ月 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 ^{とうようびよう} 糖尿病
<input type="checkbox"/> Даралт ихсэх өвчин ^{こうけつあつしょう} 高血圧症	<input type="checkbox"/> ДОХ ^{エイズ} エイズ	<input type="checkbox"/> Бамбай булчирхайн өвчин ^{こうしゅうせん} 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> Бусад ^た その他		<input type="checkbox"/> Тэмбүү ^{はいどく} 梅毒

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

Тийм ^{はい}はい Үгүй ^{いいえ}いいえ

Гэр бүлд тань нүдний өвчтэй хүн бий юу? ^{かぞく}家族で目の病気の人がいますか

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

Үгүй ^{いない}いない

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

Тийм ^{はい}はい Үгүй ^{いいえ}いいえ

