

Мэс заслын тасгийн үзлэгийн асуумж

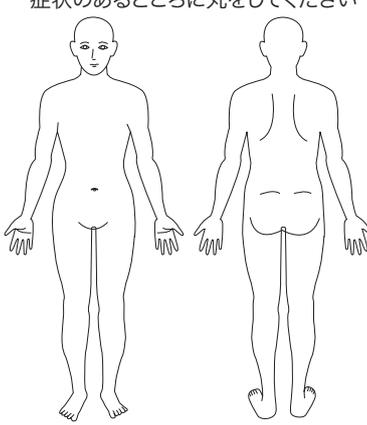
外科問診票

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 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

〈2/2ページ〉