

# 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 <sup>ねん</sup>年 <sup>がつ</sup>сар <sup>にち</sup>өдөр

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

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