

# Төрөх, эмэгтэйчүүдийн тасгийн үзлэгийн асуумж

さん ぶ じん か もんしんひょう  
産婦人科問診票

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"/> 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"/> Утрээний 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 卵巣のう腫瘍	<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 こうけつあつしょう 高血圧症
  ДОХ Эйзс
  Бамбай булчирхайн өвчин こうじょうせん 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 づ 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

