

Гэмтлийн тасгийн үзлэгийн асуумж

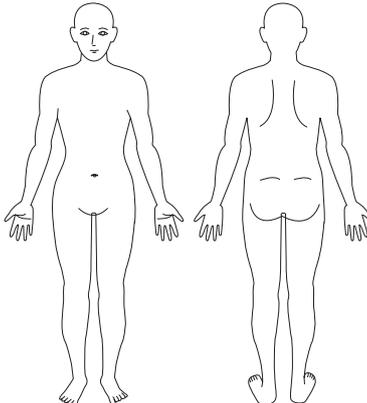
せいけいげかもんしんひょう
整形外科問診票

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 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"/>Өвдөлт 痛み</p> <p><input type="checkbox"/>Бэртсэн けが <input type="checkbox"/>Түлэгдэлт やけど</p> <p><input type="checkbox"/>Булдруу しこり <input type="checkbox"/>Хавдах はれもの</p> <p><input type="checkbox"/>Загатнах かゆい <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</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>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 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>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>	