

ප්‍රසව හා නාර්වේද ප්‍රශ්නාවලිය

産婦人科問診票

සිංහල
シンハラ語

අදාළවන පිළිතුරු සියල්ලටම ✓ සලකුණ යොදන්න あてはまるものにチェックしてください

වසර: 年

මාසය: 月

දිනය: 日

නම 名前			<input type="checkbox"/> පුරුෂ 男	<input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී 女
උපන්දිනය 生年月日	වසර: 年	මාසය: 月	දුරකථනය 電話	දිනය: 日
ලිපිනය 住所				
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් はい		<input type="checkbox"/> නැත いいえ	
පුරවැසිභාවය 国籍	භාෂාව 言葉			

ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか

<input type="checkbox"/> ගැබ් ගැනීම 妊娠	<input type="checkbox"/> අවධිමත් ලෙස මසස් වීම 月経の異常	<input type="checkbox"/> යෝනි විසර්ජය おりもの	<input type="checkbox"/> පහළ උදරයේ වේදනාව 下腹部が痛い
<input type="checkbox"/> ලිංගික ඉන්ද්‍රියේ අක්‍රමවත් රුධිර වහනය 不正性器出血	<input type="checkbox"/> පොලීප් ගැටිති ポリープ	<input type="checkbox"/> වියුමර් ගෙඩි 卵巣のう腫瘍	
<input type="checkbox"/> යෝනි මාර්ගයේ කැසීම 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> ගර්භාෂයේ ලෙඩොයිඩ් 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> රක්තජීව 貧血	<input type="checkbox"/> වෙනත් その他
<input type="checkbox"/> Pap පිළිකා පරීක්ෂණ がん検診	<input type="checkbox"/> වැදගත් වන 不妊症		

මසස් ඉතිහාසය 生理について

ඔබ ප්‍රථමවරට මසස් වූයේ කෙදින ද? 初めて生理があったのはいつですか

වසර අවුරුදු _____

ඔබේ ආරම්භක මසස් සිදුවූයේ කෙදින ද? 閉経はいつですか

වසර අවුරුදු _____

ඔබේ මසස් වීම ක්‍රමවත් ද? 生理は順調ですか

ඔව් はい නැත いいえ

අතර පරතරය 周期について

දින 28 28日型 දින 30 30日型 දින _____ 日型 අක්‍රමවත් 不順

ආවර්තය පවතින කාලය 生理の期間について

දින _____ 日間

මසස් වන ප්‍රමාණය 生理の量について

විශාලයි 多い සාමාන්‍යයි 普通 සුළුයි 少ない

ඔබේ මසස් කාලය තුළ දී ඔබට යම්කිසි වේදනාවක් දැනේ ද? 生理痛はありますか

ඔව් はい නැත いいえ

ඔබ අවසාන වතාවට මසස් වූ දිනය. 最終月経は

_____ මස 月 _____ දින 日

ගර්භනී ඉතිහාසය 妊娠した回数

_____ වරක් ගර්භනී විය 妊娠 回

_____ වරක් දරුවන් බිහිකළේ 分娩 回 → සාමාන්‍ය 正常分娩 _____ වතාවක් 回 අසාමාන්‍ය 異常分娩 _____ වතාවක් 回

ගබ්සා වීම 流産 _____ වතාවක් 回 → ස්වාභාවිකව ගබ්සා වීම 自然流産 _____ වතාවක් 回 ගබ්සා කිරීම 人工流産 _____ වතාවක් 回

වෙනත් その他 ගර්භාෂයෙන් පිටත ගැබ් ගැනීමක් 子宮外妊娠 අසාමාන්‍ය කළලයක් 胎状奇胎

ඔබට මෙම රෝගලේදී ඔබේ දරුවා ප්‍රසූත කිරීමට අවශ්‍ය ද? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか

ඔව් はい නැත いいえ

ඔබට කිසියම් ආහාර හෝ ඖෂධ අසාත්මිකතා තිබේ ද? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

ඔව් はい → ඖෂධ 薬 ආහාර 食べ物 වෙනත් その他 නැත いいえ

ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? 現在飲んでいる薬はありますか

ඔව් はい → ඔබ ප්‍රභව කිරීමේදී ඔබේ නම, කරුණාකර පෙන්වන්න. 持っていれば見せてください නැත いいえ

ඔබ කෙදිනක හෝ Pap පිළිකා පරීක්ෂණයක් කර තිබේ ද? がん検診を受けたことがありますか

ඔව් はい → _____ වසර: 年 _____ මාසය: 月 _____ දිනය: 日 නැත いいえ

ඔබට මෙතෙක් ඇති වූ රෝග කවරේ ද? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> ආමාශය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> අක්මා රෝගය 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> හදවත් රෝගය 心臓の病気
<input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝගය 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> ක්ෂය රෝගය 結核	<input type="checkbox"/> දියවැඩියාව 糖尿病
<input type="checkbox"/> අධි රුධිර පීඩනය 高血圧症	<input type="checkbox"/> ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී エイズ	<input type="checkbox"/> නයිරෝයිඩ් ගැටලු 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> වෙනත් その他		<input type="checkbox"/> ඇදුම ぜんそく <input type="checkbox"/> සිරිලිස් රෝගය 梅毒



ඔබ කෙදිනක හෝ ශල්‍යකර්මයක් කර තිබේ ද? <small>手術を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ			
ඔබ කෙදිනක හෝ රුධිර පාරවලයනය කර තිබේ ද? <small>輸血を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ			
පවුලේ වෛද්‍ය ඉතිහාසය: පවුලේ අයගේ වයස සහ ඔවුන්ට තිබූ රෝගාබාධවලට (✓) සලකුණ යොදන්න. <small>家族の病歴</small>							
	වයස <small>年齢</small>	සෞඛ්‍ය සම්පන්නයි <small>健康</small>	සෞඛ්‍ය සම්පන්න නොවේ <small>健康ではない</small>	ප්‍රවේණි (පරම්පරාගත) රෝග <small>遺伝病</small>	අධි රුධිර පීඩනය <small>高血圧</small>	දියවැඩියාව <small>糖尿病</small>	පිළිකා <small>がん</small>
පියා <small>父</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
මව <small>母</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
සහෝදරයන් <small>兄弟</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
සහෝදරියන් <small>姉妹</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ස්වාමිපුරුෂයා <small>夫</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
දරුවන් <small>子ども</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තනයක යෙදූ සුදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? <small>今後、通訳を自分で連れてくることができますか</small>							
<input type="checkbox"/> ඔව් はい		<input type="checkbox"/> නැත いいえ					

〈2/2ページ〉