

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: ねん 年

මාසය: がつ 月

දිනය: にち 日

නම <small>なまえ</small> 名前			<input type="checkbox"/> පුරුෂ <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> ස්ත්‍රී <small>おんな</small> 女
උපන්දිනය <small>せいねんがた</small> 生年月日	වසර: <small>ねん</small> 年	මාසය: <small>がつ</small> 月	දුරකථනය <small>でんわ</small> 電話	දිනය: <small>にち</small> 日
ලිපිනය <small>じゅうしょ</small> 住所				
ඔබට සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් තිබේ ද? <small>けんこうほけんも</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ඔව් <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> නැත <small>いいえ</small>	
පුරවැසිභාවය <small>こくせき</small> 国籍	භාෂාව <small>ことば</small> 言葉			
උස <small>しんちよう</small> 身長	cm	බර <small>たいりゅう</small> 体重	kg	

ඔබේ රෝග ලක්ෂණ කවරේ ද? どうしましたか

<input type="checkbox"/> ගැබ් ගැනීම <small>にんしん</small> 妊娠	<input type="checkbox"/> අවධිමත් ලෙස ඔසප් වීම <small>げっけい</small> 月経の異常	<input type="checkbox"/> යෝනි විසර්ජය <small>おりもの</small> おりもの	<input type="checkbox"/> පහළ උදරයේ වේදනාව <small>かぶくぶ</small> 下腹部が痛い
<input type="checkbox"/> ලිංගික ඉන්ද්‍රියේ අක්‍රමවත් රුධිර වහනය <small>ふせいせいしきしゅつ</small> 不正性器出血	<input type="checkbox"/> පොලීප ගැටි <small>ポリープ</small> ポリープ	<input type="checkbox"/> වියුමර් ගෙඩි <small>らんそう</small> 卵巣のう腫瘍	
<input type="checkbox"/> යෝනි මාර්ගයේ කැසීම <small>せいき</small> 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> ගර්භාෂයේ ගෙඹ්‍රොයිඩ <small>しきゅうせんしゅ</small> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> රක්තනිතභාවය <small>ひんけつ</small> 貧血	<input type="checkbox"/> වෙනත් <small>その他</small> その他
<input type="checkbox"/> Pap පිළිකා පරීක්ෂණ <small>がん検診</small> がん検診	<input type="checkbox"/> වඳභාවය <small>ふにんしん</small> 不妊症		

ඔසප් ඉතිහාසය せいり
生理について

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

වයස අවුරුදු さい 才

ඔබේ ආර්ථවචන ඔසප් සිදුවූයේ කෙදින ද? 閉経はいつですか

වයස අවුරුදු さい 才

ඔබේ ඔසප් වීම ක්‍රමවත් ද? せいり
生理は順調ですか

ඔව් はい

නැත いいえ

අතර පරතරය しゅうき
周期について

දින 28 にちがた
28日型

දින 30 にちがた
30日型

දින にちがた
日型

අක්‍රමවත් ふじゆん
不順

ආවර්තය පවතින කාලය せいり
生理の期間について

දින にちかん
日間

ඔසප් වන ප්‍රමාණය せいり
生理の量について

විශාලයි おお
多い

සාමාන්‍යයි ふつう
普通

සුළුයි すく
少ない

ඔබේ ඔසප් කාලය තුළ දී ඔබට යමක්සි වේදනාවක් දැනේ ද? せいり
生理痛はありますか

ඔව් はい

නැත いいえ

ඔබ අවසාන වතාවට ඔසප් වූ දිනය. さいしゅう
最終月経は

がつ 月 にち 日

ඔබ කවදා හෝ ලිංගික සංසර්ගයේ යෙදී තිබේද? せいこう
性交経験はありますか

ඔව් はい

නැත いいえ

ගර්භනී ඉතිහාසය にんしん
妊娠回数

かい 回 にんしん
回 妊娠

かい 回 せいじょう
回 正常分娩

かい 回 いじょう
回 異常分娩

かい 回 しぜん
回 自然流産

かい 回 じんこう
回 人工流産

වෙනත් その他
その他

ගර්භාෂයෙන් පිටත ගැබ් ගැනීමක් しきゅうがいにんしん
子宮外妊娠

අසාමාන්‍ය කළලයක් ほうじょう
胎状奇胎

ඔබට මෙම රෝහලේදී ඔබේ දරුවා ප්‍රසූත කිරීමට අවශ්‍ය ද? にんしん
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? くすり
薬や食べ物でアレルギーが出ますか

ඔව් はい → ඖෂධ くすり
薬

ආහාර た
食べ物

වෙනත් その他
その他

නැත いいえ

ඔබ දැනට ඖෂධ ගන්නේ ද? げんざい
現在飲んでいる薬はありますか

ඔව් はい → ඔබ ප්‍රභූ කිසිවක් තිබේ නම්, も
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
がん検診を受けたことがありますか

ඔව් はい → ねん 年 がつ 月 にち 日 නැත いいえ

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

ආමාශය සහ අන්ත්‍ර ආබාධ いちょう びょうき 胃腸の病気
 අක්මා රෝගය かんぞう びょうき 肝臓の病気
 හදවත් රෝගය しんぞう びょうき 心臓の病気
 වකුගඩු රෝගය じんぞう びょうき 腎臓の病気
 ක්ෂය රෝගය けっかく 結核
 දියවැඩියාව とうようびょう 糖尿病
 ඇදුම ぜんそく ぜんそく
 අධි රුධිර පීඩනය こうけつあつしやう 高血圧症
 ඒඩ්ස්/ එච්.අයි.වී エイズ エイズ
 නයිරෝයිඩ් ගැටළු こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気
 සිරිලිස් රෝගය はいどく 梅毒
 වෙනත් た その他

ඔබ කෙදිනක හෝ ශල්‍යකර්මයක් කර තිබේ ද? しゆじゆつ うち 手術を受けたことがありますか Yes はい No いいえ

ඔබ කෙදිනක හෝ රුධිර භාරවලනය කර තිබේ ද? ゆけつ うち 輸血を受けたことがありますか Yes はい No いいえ

පවුලේ වෛද්‍ය ඉතිහාසය: පවුලේ අයගේ වයස සහ ඔවුන්ට තිබූ රෝගාබාධවලට (✓) සලකුණු යොදන්න. かぞく びょうれき 家族の病歴

	වයස <small>ねんれい</small> 年齢	සෞඛ්‍ය සම්පන්නයි <small>けんこう</small> 健康	සෞඛ්‍ය සම්පන්න නොවේ <small>けんこう ではない</small> 健康ではない	ප්‍රවේණි (පරම්පරාගත) රෝග <small>いでんびょう</small> 遺伝病	අධි රුධිර පීඩනය <small>こうけつあつ</small> 高血圧	දියවැඩියාව <small>とうようびょう</small> 糖尿病	පිළිකා <small>がん</small> がん
පියා <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
මව <small>はは</small> 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
සහෝදරයන් <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"/>
සහෝදරියන් <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"/>
ස්වාමිපුරුෂයා <small>おと</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
දරුවන් <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"/>

ඔබගේ ඊළඟ පැමිණීමේ දී, ඔබ විසින්ම පරිවර්තකයෙකු සුදානම් කිරීමේ හැකියාව තිබේ ද? こんご づらやく 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

ඔව් はい නැත いいえ