

மகப்பேறியல் மற்றும் மகளிர் மருத்துவம் கேள்வித்தாள்

産婦人科問診票

தமிழ்
タミル語

தொடர்புடைய அனைத்து பதில்களையும் சரிபார்க்கவும் あてはまるものにチェックしてください ஆண்டு 年 மாதம் 月 நாள் 日

பெயர் 名前		<input type="checkbox"/> ஆண் 男 <input type="checkbox"/> பெண் 女
பிறந்த தேதி 生年月日	_____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日	தொலைபேசி 電話 _____
முகவரி 住所		
உங்களிடம் உடல்நலக் காப்பீடு உள்ளதா? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> இல்லை いいえ	
நாட்டுரிமை 国籍	மொழி 言葉	
உயரம் 身長	cm	எடை 体重 kg

உங்கள் அறிகுறிகள் என்ன? どうしましたか

<input type="checkbox"/> கர்ப்பம் 妊娠	<input type="checkbox"/> ஒழுங்கற்ற மாதவிடாய் 月経の異常	<input type="checkbox"/> யோனிமடற்கழிவு おりもの
<input type="checkbox"/> அடிவயிற்று வலி 下腹部が痛い	<input type="checkbox"/> ஒழுங்கற்ற பிறப்புறுப்பு இரத்தப்போக்கு 不正性器出血	
<input type="checkbox"/> பாலிப்புகள் ぽりーぷ	<input type="checkbox"/> கட்டி 卵巣の腫瘍	<input type="checkbox"/> யோனி அரிப்பு 性器のかゆみ
<input type="checkbox"/> கருப்பை நார்த்திசுக்கட்டிகள் 子宮筋腫		<input type="checkbox"/> பாப் ஸ்மியர் சோதனை がん検診
<input type="checkbox"/> மலட்டுத்தன்மை 不妊症	<input type="checkbox"/> இரத்த சோகை 貧血	<input type="checkbox"/> மற்றவை その他

மாதவிடாய் வரலாறு 生理について

உங்கள் முதல் மாதவிடாய் எப்போது தொடங்கியது? 初めて生理があったのはいつですか	வயது _____ ஆண்டுகள் 才
உங்கள் மாதவிடாய் நிறறல் எப்போது? 閉経はいつですか	வயது _____ ஆண்டுகள் 才
உங்கள் மாதவிடாய் சீராக உள்ளதா? 生理は順調ですか	<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> இல்லை いいえ
இடைவெளிகள் 周期について	<input type="checkbox"/> 28 நாட்கள் 28日型 <input type="checkbox"/> 30 நாட்கள் 30日型 <input type="checkbox"/> _____ நாட்கள் 日型 <input type="checkbox"/> ஒழுங்கற்ற 不順
மாதவிடாய் 生理の期間について	_____ நாட்கள் 日間
மாதவிடாய் பாய்வு 生理の量について	<input type="checkbox"/> கனமானது 多い <input type="checkbox"/> இயல்பானது 普通 <input type="checkbox"/> லேசானது 少ない
உங்கள் மாதவிடாயின் போது ஏதேனும் வலியால் அவதிப்படுகிறீர்களா? 生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> இல்லை いいえ
உங்கள் கடைசி மாதவிடாய் தேதி. 最終月経は	_____ மாதம் 月 _____ நாள் 日
உடலுறவு அனுபவம் உள்ளதா? 性交経験はありますか	<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> இல்லை いいえ

கர்ப்பத்தின் வரலாறு 妊娠した回数

<input type="checkbox"/> கர்ப்பம் 妊娠 _____ முறை 回	
<input type="checkbox"/> பிரசவம் 分娩 _____ முறை 回	<input type="checkbox"/> இயல்பாக 正常分娩 _____ முறை 回 <input type="checkbox"/> அசாதாரணமாக 異常分娩 _____ முறை 回
<input type="checkbox"/> கருச்சிதைவு 流産 _____ முறை 回	<input type="checkbox"/> இயற்கை கருக்கலைப்பு 自然流産 _____ முறை 回 <input type="checkbox"/> கருக்கலைப்பு 人工流産 _____ முறை 回
<input type="checkbox"/> மற்றவை その他	<input type="checkbox"/> இடம் மாறிய கர்ப்பம் 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> நீர்ச்சிறையுருமச்சம் 胎状奇胎

இந்த மருத்துவமனையில் உங்கள் குழந்தையைப் பெற்றெடுக்க விரும்புகிறீர்களா? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか

<input type="checkbox"/> ஆம் はい <input type="checkbox"/> இல்லை いいえ	
உங்களுக்கு ஏதாவது உணவு அல்லது மருந்து ஒவ்வாமை உள்ளதா? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> ஆம் はい → <input type="checkbox"/> மருந்து 薬 <input type="checkbox"/> உணவு 食べ物 <input type="checkbox"/> மற்றவை その他	<input type="checkbox"/> இல்லை いいえ
நீங்கள் தற்போது மருந்து சாப்பிடுகிறீர்களா? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> ஆம் はい → உங்களிடம் இப்போது ஏதாவது மருந்து இருந்தால், தயவுசெய்து எனக்குக் காட்டுங்கள். 持っていれば見せてください	
<input type="checkbox"/> இல்லை いいえ	

நீங்கள் எப்போதாவது பாப் ஸ்மியர் செய்திருக்கிறீர்களா? がん検診を受けたことがありますか

ஆம் はい → _____ ஆண்டு 年 _____ மாதம் 月 _____ நாள் 日 இல்லை いいえ

இதற்கு முன்பு உங்களுக்கு என்ன நோய்கள் இருந்தன? 今までにかかった病気はありますか

வயிறு மற்றும் குடல் கோளாறு 胃腸の病気 கல்லீரல் நோய் 肝臓の病気 இருதய நோய் 心臓の病気
சிறுநீரக நோய் 腎臓の病気 காசநோய் 結核 சர்க்கரை நோய் 糖尿病 காசம் ぜんそく
உயர் இரத்த அழுத்தம் 高血圧症 எய்ட்ஸ்/எச்.ஐ.வி エイズ
தைராய்டு பிரச்சனைகள் 甲状腺の病気 சிபிலிஸ் 梅毒 மற்றவை その他

நீங்கள் எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? 手術を受けたことがありますか ஆம் はい இல்லை いいえ

உங்களுக்கு எப்போதாவது இரத்தம் செலுத்தப்பட்டுள்ளதா? 輸血を受けたことがありますか ஆம் はい இல்லை いいえ

குடும்பத்தின் மருத்துவ வரலாறு: குடும்பத்தினரின் வயதை நிரப்பி, அவர்களுக்கு ஏதேனும் நோய்கள் உள்ளதா என ✓ செய்யவும். 家族の病歴

	வயது 年齢	ஆரோக்கியமான 健康	ஆரோக்கியமற்ற 健康ではない	பரம்பரை நோய் 遺伝病	உயர் இரத்த அழுத்தம் 高血圧	சர்க்கரை நோய் 糖尿病	புற்றுநோய் がん
அப்பா 父		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
அம்மா 母		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
சகோதரர்கள் 兄弟		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
சகோதரிகள் 姉妹		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
கணவன் 夫		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
குழந்தைகள் 子ども		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

உங்களின் அடுத்த வருகைக்கு நீங்களே ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை ஏற்பாடு செய்ய முடியுமா? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

ஆம் はい இல்லை いいえ