

# แบบสอบถามอาการแพนกสูตินารีเวช

さん ふ じん か もんしんひょう  
産婦人科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年

เดือน <sup>がつ</sup> 月

วันที่ <sup>にち</sup> 日

ชื่อและนามสกุล <sup>なまえ</sup> 名前			<input type="checkbox"/> ชาย <sup>おとこ</sup> 男	<input type="checkbox"/> หญิง <sup>おんな</sup> 女
วันเดือนปีเกิด <sup>せいねんがっぴ</sup> 生年月日	ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年	เดือน <sup>がつ</sup> 月	วันที่ <sup>にち</sup> 日	เบอร์โทรศัพท์ <sup>でんわ</sup> 電話
ที่อยู่ <sup>じゅうしょ</sup> 住所				
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <sup>けんこうほけん</sup> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> มี <sup>はい</sup> はい	<input type="checkbox"/> ไม่มี <sup>いいえ</sup> いいえ		
สัญชาติ <sup>こくさき</sup> 国籍	ภาษา <sup>ことば</sup> 言葉			

มีอาการอย่างไร <sup>どうしましたか</sup> どうしましたか

<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ <sup>にんしん</sup> 妊娠	<input type="checkbox"/> ประจำเดือนผิดปกติ <sup>げっけい</sup> 月経の異常	<input type="checkbox"/> ตกขาว <sup>おりもの</sup> おりもの	<input type="checkbox"/> ปวดท้องน้อย <sup>かぶくぶ</sup> 下腹部が痛い
<input type="checkbox"/> มีเลือดออกผิดปกติที่อวัยวะเพศ <sup>ふせいせい</sup> 不正性器出血	<input type="checkbox"/> ตั้งเนื้องอก <sup>ポリープ</sup> ポリープ	<input type="checkbox"/> เนื้องอกที่มดลูก <sup>しきゅうきんしゅ</sup> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> เนื้องอกที่รังไข่ <sup>らんそう</sup> 卵巣のう腫瘍
<input type="checkbox"/> คันที่อวัยวะเพศ <sup>せいき</sup> 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> เป็นหมัน <sup>ふにんしょう</sup> 不妊症	<input type="checkbox"/> โลหิตจาง <sup>ひんけつ</sup> 貧血	<input type="checkbox"/> ตรวจมะเร็ง <sup>がんけん</sup> がん検診
<input type="checkbox"/> อื่นๆ <sup>その他</sup> その他			

เกี่ยวกับประจำเดือน <sup>せいり</sup> 生理について

เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่อไหร่ <sup>はじめて</sup> 初めての生理があったのはいつですか

อายุ <sup>さい</sup> 歳 \_\_\_\_\_ ปี

หมดประจำเดือนเมื่อไหร่ <sup>閉経</sup> 閉経はいつですか

อายุ <sup>さい</sup> 歳 \_\_\_\_\_ ปี

ประจำเดือนปกติหรือไม่ <sup>せいりは</sup> 生理は順調ですか

ปกติ <sup>はい</sup> はい  ไม่ปกติ <sup>いいえ</sup> いいえ

ครบรอบประจำเดือน <sup>しゅうき</sup> 周期について

28วัน <sup>28日型</sup> 28日型  30วัน <sup>30日型</sup> 30日型  \_\_\_\_\_ วัน <sup>日型</sup> 日型  ไม่ประจำ <sup>ふじゆん</sup> 不順

ประจำเดือนมากี่วัน <sup>せいりの</sup> 生理の期間について

\_\_\_\_\_ วัน <sup>日簡</sup> 日間

ปริมาณของประจำเดือน <sup>せいりの</sup> 生理の量について

มาก <sup>おおい</sup> 多い  ปกติ <sup>ふつう</sup> 普通  น้อย <sup>すくない</sup> 少ない

ปวดประจำเดือน <sup>せいり</sup> 生理痛はありますか

มี <sup>はい</sup> はい  ไม่มี <sup>いいえ</sup> いいえ

ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ <sup>さいしゅう</sup> 最終月経は \_\_\_\_\_ เดือน <sup>がつ</sup> 月 \_\_\_\_\_ วันที่ <sup>にち</sup> 日

ประวัติการตั้งครรภ์ <sup>にんしん</sup> 妊娠した回数

ตั้งครรภ์ <sup>にんしん</sup> 妊娠 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回

คลอด <sup>ぶん</sup> 分娩 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回 →  คลอดปกติ <sup>せいじょうぶん</sup> 正常分娩 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回  คลอดผิดปกติ <sup>せいじょうぶん</sup> 異常分娩 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回

แท้งบุตร <sup>りゅうざん</sup> 流産 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回 →  แท้งธรรมชาติ <sup>しぜんりゅうざん</sup> 自然流産 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回  ทำแท้ง <sup>じんこうりゅうざん</sup> 人工流産 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回

อื่นๆ <sup>その他</sup> その他  ตั้งครรภ์นอกมดลูก <sup>しじゅうがい</sup> 子宮外妊娠  ครรภ์ไข่ปลาอุกที่มีลักษณะคล้ายถุงหุ้ม <sup>けいはい</sup> 絨毛膜奇胎

ผู้ที่ตั้งครรภ์มีความประสงค์จะคลอดที่โรงพยาบาลหรือไม่ <sup>にんしん</sup> 妊娠の方は当院での出産を希望しますか  ต้องการ <sup>はい</sup> はい  ไม่ต้องการ <sup>いいえ</sup> いいえ

เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ <sup>くすり</sup> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

เคย <sup>はい</sup> はい →  ยา <sup>くすり</sup> 薬  อาหาร <sup>たべもの</sup> 食べ物  อื่นๆ <sup>その他</sup> その他  ไม่เคย <sup>いいえ</sup> いいえ

ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ <sup>げんざい</sup> 現在飲んでいる薬はありますか

กิน <sup>はい</sup> はい → ขนุนนี้ถ้ามียาน้อยอยู่ขอคุณหน่อย <sup>も</sup> 持っていれば見せてください  ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ

เคยได้รับการตรวจมะเร็งหรือไม่ <sup>がん</sup> がん検診を受けたことがありますか

เคย <sup>はい</sup> はい → \_\_\_\_\_ ปี <sup>ねん</sup> 年 \_\_\_\_\_ เดือน <sup>がつ</sup> 月 \_\_\_\_\_ วันที่ <sup>にち</sup> 日  ไม่เคย <sup>いいえ</sup> いいえ

ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง <sup>いま</sup> 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <sup>いちょう</sup> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> โรคตับ <sup>かんぞう</sup> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <sup>しんぞう</sup> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> โรคไต <sup>じんぞう</sup> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> วัณโรค <sup>けつかく</sup> 結核	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <sup>とうにょうびょう</sup> 糖尿病
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <sup>こうけつあつしやう</sup> 高血圧症	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <sup>エイズ</sup> エイズ	<input type="checkbox"/> โรคต่อมธัยรอยด์ <sup>こうじょうせん</sup> 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> ภูมิโรค / โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ <sup>せいびょう</sup> 性病	<input type="checkbox"/> อื่นๆ <sup>その他</sup> その他	



เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 手術を受けたことがありますか						<input type="checkbox"/> ให้ はい	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ いいえ
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ 輸血を受けたことがありますか						<input type="checkbox"/> ให้ はい	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ いいえ
ประวัติของบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน 家族の病歴							
	อายุ 年齢	แข็งแรง 健康	ไม่แข็งแรง 健康ではない	โรคกรรมพันธุ์ 遺伝病	ความดันโลหิตสูง 高血圧	โรคเบาหวาน 糖尿病	มะเร็ง がん
พ่อ 父	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
แม่ 母	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
พี่ชายน้องชาย 兄弟	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
พี่สาวน้องสาว 姉妹	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สามี 夫	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตร 子ども	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ต่อไปนี้จะสามารถพามาเองได้หรือไม่ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか							
<input type="checkbox"/> ให้ はい						<input type="checkbox"/> ไม่ให้ いいえ	

<2/2ページ>