

## แบบสอบถามอาการแพนกสูตินารีเวช

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

ปี

เดือน

วันที่

ชื่อและนามสกุล	ชื่อ	นามสกุล	<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
วันเดือนปีเกิด	ปี	เดือน	วันที่	เบอร์โทรศัพท์
ที่อยู่				
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่	健康保険を持っていますか?		<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
สัญชาติ	ภาษา	ภาษา		
ส่วนสูง	cm	น้ำหนัก	kg	

มีอาการอย่างไร  どうしましたか			
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> ประจำเดือนผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ตกขาว	<input type="checkbox"/> ปวดท้องน้อย
<input type="checkbox"/> มีเลือดออกผิดปกติที่อวัยวะเพศ	<input type="checkbox"/> 不正性器出血	<input type="checkbox"/> ตั้งเนื้องอก	<input type="checkbox"/> เนื้องอกที่รังไข่
<input type="checkbox"/> คันที่อวัยวะเพศ	<input type="checkbox"/> 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> เนื้องอกที่มดลูก	<input type="checkbox"/> ตรวจมะเร็ง
<input type="checkbox"/> มีบุตรยาก	<input type="checkbox"/> โลหิตจาง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ	
เกี่ยวกับประจำเดือน		生理について	
เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่อไหร่	初めて生理があったのはいつですか	อายุ	ปี
หมดประจำเดือนเมื่อไหร่	閉経はいつですか	อายุ	ปี
ประจำเดือนมาปกติหรือไม่	生理は順調ですか	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
ครบรอบประจำเดือน	周期について	<input type="checkbox"/> 28วัน	<input type="checkbox"/> 30วัน
ประจำเดือนมาก็วัน	生理の期間について	วัน	日
ปริมาณของประจำเดือน	生理の量について	<input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> ปกติ
ปวดประจำเดือน	生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่	最終月経は	เดือน	วันที่
เคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่	性交経験はありますか	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
ประวัติการตั้งครรภ์		妊娠した回数	
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์	回	<input type="checkbox"/> คลอด	回
<input type="checkbox"/> คลอด	回	<input type="checkbox"/> คลอดปกติ	回
<input type="checkbox"/> แท้งบุตร	回	<input type="checkbox"/> แท้งธรรมชาติ	回
<input type="checkbox"/> อื่นๆ	回	<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกมดลูก	回
ผู้ที่ตั้งครรภ์มีความประสงค์จะคลอดที่โรงพยาบาลนี้หรือไม่	妊娠の方は当院での出産を希望しますか	<input type="checkbox"/> ต้องการ	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่		薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> เคย	回	<input type="checkbox"/> ยา	<input type="checkbox"/> อาหาร
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่		現在飲んでる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> กิน	回	<input type="checkbox"/> โปรด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้กิน
เคยได้รับการตรวจมะเร็งหรือไม่		がん検診を受けたことがありますか	
<input type="checkbox"/> เคย	回	ปี	เดือน

(1/2ページ)

ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง いまでにかかった病気はありますか

โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ 胃腸の病気
 โรคตับ 肝臓の病気
 โรคหัวใจ 心臓の病気  
 โรคไต 腎臓の病気
 วัณโรค 結核
 โรคเบาหวาน 糖尿病
 ทอหืด ぜんそく  
 โรคความดันโลหิตสูง 高血圧症
 โรคเอ็ดส์ エイズ
 โรคต่อมไทรอยด์ 甲状腺の病気  
 กามโรค / โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 性病
 อื่นๆ その他

เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ 手術を受けたことがありますか  เคย はい  ไม่เคย いいえ

เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ 輸血を受けたことがありますか  เคย はい  ไม่เคย いいえ

ประวัติทางการแพทย์ของครอบครัว 家族の病歴

	อายุ <small>年齢</small>	แข็งแรง <small>健康</small>	ไม่แข็งแรง <small>健康ではない</small>	โรคกรรมพันธุ์ <small>遺伝病</small>	ความดันโลหิตสูง <small>高血圧</small>	โรคเบาหวาน <small>糖尿病</small>	มะเร็ง <small>がん</small>
พ่อ <small>父</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
แม่ <small>母</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
พี่ชายน้องชาย <small>兄弟</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
พี่สาวน้องสาว <small>姉妹</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สามี <small>夫</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตร <small>子ども</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ครั้งต่อไป สามารถนำสำเนาเองได้หรือไม่ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

ได้ はい  ไม่ได้ いいえ