

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	名前	<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
วันเดือนปีเกิด	生年月日	_____ ปี	_____ เดือน _____ วันที่
ที่อยู่	住所	เบอร์โทรศัพท์ _____	
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่	健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> มี はい	<input type="checkbox"/> ไม่มี いいえ
สัญชาติ	国籍	ภาษา	言葉

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"/> 不妊症	<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 はい	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ いいえ
ครบรอบประจำเดือน	周期について	<input type="checkbox"/> 28วัน 28日型	<input type="checkbox"/> 30วัน 30日型
ประจำเดือนมาก็วัน	生理の期間について	_____ วัน	<input type="checkbox"/> ไม่ประจำ 不順
ปริมาณของประจำเดือน	生理の量について	<input type="checkbox"/> มาก 多い	<input type="checkbox"/> ปกติ 普通
ปวดประจำเดือน	生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> มี はい	<input type="checkbox"/> ไม่มี いいえ
ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่	最終月経は	_____ เดือน	_____ วันที่
ประวัติการตั้งครรภ์ 妊娠した回数			
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ _____ ครั้ง	_____ 回	<input type="checkbox"/> คลอดปกติ	<input type="checkbox"/> คลอดผิดปกติ
<input type="checkbox"/> คลอด _____ ครั้ง	_____ 回	<input type="checkbox"/> ธรรมชาติ	<input type="checkbox"/> ทำแท้ง
<input type="checkbox"/> แท้งบุตร _____ ครั้ง	_____ 回	<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกมดลูก	<input type="checkbox"/> การปฏิสนธิผิดปกติ
<input type="checkbox"/> อื่นๆ	_____		
ผู้ที่ตั้งครรภ์มีความประสงค์จะคลอดที่โรงพยาบาลนี้หรือไม่		<input type="checkbox"/> ต้องการ はい	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ いいえ
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่		<input type="checkbox"/> เคย はい	<input type="checkbox"/> ไม่เคย いいえ
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่		<input type="checkbox"/> กิน はい	<input type="checkbox"/> ไม่ได้กิน いいえ
เคยได้รับการตรวจมะเร็งหรือไม่		<input type="checkbox"/> เคย はい	<input type="checkbox"/> ไม่เคย いいえ
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง		<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้	<input type="checkbox"/> โรคตับ
<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> วัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> หอบหืด
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
<input type="checkbox"/> กามโรค / โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/> 性病		

เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ <small>手術を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> เคย はい	<input type="checkbox"/> ไม่เคย いいえ				
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ <small>輸血を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> เคย はい	<input type="checkbox"/> ไม่เคย いいえ				
ประวัติทางการแพทย์ของครอบครัว <small>家族の病歴</small>							
	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 สามารถนำล่ามมาเองได้หรือไม่ <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"/> ได้ はい		<input type="checkbox"/> ไม่ได้ いいえ					

<2/2ページ>