

แบบสอบถามสูตินรีเวชวิทยา /Obstetrics and Gynecology Questionnaire/産婦人科 問診票

ชื่อผู้ป่วย/Name of patient /患者氏名				สำหรับเจ้าหน้าที่ /For staff only /医療機関記入欄	BT= PR= BP= RR= SPO2=	°C นาที/min./分 มม.ปรอท/mmHg นาที./min./分 %
วันเกิด /Date of birth /生年月日 (西暦)	ปี /Year/年	เดือน /Month/月	วัน /Day/日			
	(ปี/Years old/歳)					
ส่วนสูง/น้ำหนัก/Height/Weight/身長・体重	_____ ซม/cm _____ กก/kg			เพศ/Sex/性別	<input type="checkbox"/> ชาย/Male/男性	<input type="checkbox"/> หญิง/Female/女性
อาการแพ้/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> อาหาร/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> ยา/Medicine/薬:					

วันนี้คุณมีอาการอะไร?(สามารถเลือกได้มากกว่าหนึ่ง) /What is the problem today?(Check all that apply.)
/今日は何のような症状がありますか。(複数ある方は複数回してください。)

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์/
Pregnancy/妊娠 | <input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาไม่ปกติ
/Menstrual disorder
/月経異常 | <input type="checkbox"/> ปวดประจำเดือน
/Menstrual pain/月経痛 | <input type="checkbox"/> ตกขาว
/Vaginal discharge
/おりもの | <input type="checkbox"/> มีเลือดออกแบบผิดปกติ
/Abnormal vaginal bleeding
/不正出血 | <input type="checkbox"/> เจ็บปวดเวลาปัสสาวะ
/Pain when urinating
/排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> มีความลำบากในการ
ปัสสาวะ
/Difficulty urinating
/尿がでにくい | <input type="checkbox"/> ปัสสาวะเป็นเลือด
/Hematuria (blood in urine)
/尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> ปัสสาวะมีหนอง
/Pyuria (pus in urine)
/尿に膿が混じる | <input type="checkbox"/> หนองบริเวณฝีเย็บ
/Perineum rash
/会陰部にできもの | <input type="checkbox"/> อาการบวมแดง
/Redness and swelling
/赤く腫れている | <input type="checkbox"/> อาการเจ็บ
/Have pain
/痛みがある |
| <input type="checkbox"/> อาการคัน/Itchiness
/かゆみ | <input type="checkbox"/> กลั้นปัสสาวะลำบาก
/Urinary incontinence
/尿失禁 | <input type="checkbox"/> กลั้นอุจจาระลำบาก
/Fecal incontinence
/便失禁 | <input type="checkbox"/> ภาวะมดลูกหยดยอด
/Uterine prolapse
/子宮脱 | <input type="checkbox"/> ปรึกษาเกี่ยวกับสถานะมีบุตรยาก/
Consultation on fertility treatment/不
妊の相談 | <input type="checkbox"/> อาเจียน
/Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> คลื่นไส้/Nausea
/嘔気 | <input type="checkbox"/> ตรวจมะเร็ง
/Cancer screening/がん健診 | <input type="checkbox"/> ได้รับความแนะนำจากสถานพยาบาลอื่นใหม่มาที่นี่.
/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./
他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む) | | | |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s)
/その他: | | | | | |

กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับประจำเดือน./I'd like to ask you about your menstrual periods.
/月経についてお伺いします。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> คุณมีประจำเดือนครั้งแรกตอนอายุเท่าไร?
/How old were you when you started having your period?/月経がはじまったのはいつですか。 | อายุ/Age
/年齢: _____ ปี/years old/歳ごろ |
| <input type="checkbox"/> คุณมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายตอนอายุเท่าไร?
/How old were you when you had your last period?/月経が終わったのはいつですか。 | อายุ/Age
/年齢: _____ ปี/years old/歳ごろ |
| <input type="checkbox"/> รอบประจำเดือนของคุณยาวนานกี่วัน?
/How many days long is your menstrual cycle?/月経周期は何日ですか。 | _____ วันต่อรอบ
/Day-menstrual cycle/日型 <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
/Irregular/不定期で不順 |
| <input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาโดยเฉลี่ยกี่วัน?
/How many days do periods last on average?/平均月経持続日数は何日ですか。 | _____ ระยะเวลาวันของรอบเดือนของคุณ
/Day-length of your menstrual period/日間 |
| <input type="checkbox"/> โดยปกติประจำเดือนมาแบบไหน?/What is your usual flow?
/月経の量はどのぐらいですか。 | <input type="checkbox"/> น้อย/Light
/少ない <input type="checkbox"/> ปกติ
/Normal/普通 <input type="checkbox"/> เยอะ/Heavy/多い |
| <input type="checkbox"/> คุณรู้สึกเจ็บปวดระหว่างมีประจำเดือนหรือไม่?
/Do you have any pain during your periods?/月経痛はありますか。 | <input type="checkbox"/> ไม่/No
/いいえ <input type="checkbox"/> ใช่/Yes
/はい |

ถ้าคุณตอบ "ใช่" กรุณาเขียนชื่อยาแก้ปวดที่ท่าน

/If you answered "Yes" and take a pain killer, write the name of that pain killer.

/「はい」と答えた方で鎮痛剤を使用されている方は、鎮痛剤も書いてください。

ชนิดของยาแก้ปวด/Pain killer/鎮痛剤:

- | | | | |
|--|-------------------|-----------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาครั้งสุดท้ายเมื่อไร?
/When was your last period?/最終月経はいつですか。 | ปี
/Year
/年 | เดือน
/Month
/月 | วัน
/Day
/日 |
|--|-------------------|-----------------------|-------------------|

คุณเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่?/Have you ever had sexual intercourse?
/今までに性交渉の経験がありますか。

- ไม่/No
/いいえ เคย/Yes
/はい

คุณได้เคยรับการตรวจมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกหรือเปล่า?/Have you ever had a uterine cancer test?
/子宮がん検診を受けたことがありますか。

- ไม่/No
/いいえ เคย/Yes
/はい

***ถ้าเคยกรอกราระวัน.**

/If you had a surgery before, write its date./受けたことがある方は日付を書いてください。

ปี /Year/年	เดือน /Month/月	วัน /Day/日
---------------	-------------------	---------------

คุณเคยรับประทานยาคุมกำเนิดหรือไม่?/Have you ever taken birth control pills?
/ピル (避妊薬) を飲んでいたことがありますか。

- ไม่/No
/いいえ เคย/Yes
/はい

คุณกำลังตั้งครรภ์หรือไม่?/Are you pregnant or possibly pregnant?
/妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- ไม่/No
/いいえ ใช่/Yes/はい
(_____ สัปดาห์/Weeks/週) ไม่แน่ใจ/Do not know/わからない

คุณกำลังให้นมบุตรหรือไม่?
/Are you breastfeeding? /現在、授乳中ですか。

- ไม่/No
/いいえ ใช่/Yes
/はい

ฉันอยากถามคุณเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา หากคุณมีคู่มือสุขภาพแม่และเด็กสำหรับการตั้งครรภ์ในอดีต โปรดแสดงมัน。
 /I'd like to ask you about past pregnancies. If you had Maternal and Child Health Handbook(s) for your past pregnancies, please be prepared to present them.
 /妊娠歴についてお伺いします※過去の妊娠の時の母子手帳をお持ちの方は母子手帳を用意してください。

- ไม่เคยมีประวัติการตั้งครรภ์/Have no history of pregnancy หากคุณเลือก "ฉันตั้งครรภ์" ให้เขียนประวัติการตั้งครรภ์ของคุณด้านล่าง
 /妊娠したことがない /If you checked "I had a pregnancy", write your pregnancy history below.
- มีประวัติการตั้งครรภ์/Have a history of pregnancy /「妊娠したことがある」に☑された方は下の妊娠歴をお書きください。

	ปี/เดือน/วัน/Year/Month/Day /年月日	วิธีการคลอด/Delivery/分娩	มีการแท้งบุตรหรือไม่ /Had a miscarriage or not /流産の有無	มีการตั้งครรภ์ผิดปกติ/Had abnormal pregnancy or not/異常妊娠の有無	จำนวนสัปดาห์ของการตั้งครรภ์ /Weeks of pregnancy/週数
ลูกคนแรก /First baby /1人目	_____ ปี/Year/年 _____ เดือน/Month/月 _____ วัน/Day/日	<input type="checkbox"/> การคลอดทางช่องคลอด /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> การผ่าตัดคลอด /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> การแท้งบุตรโดยธรรมชาติ/ Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> การทำแท้ง/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes/あり <input type="checkbox"/> ไม่/No/なし	_____ สัปดาห์ /Weeks/週
ลูกคนที่สอง/Second baby /2人目	_____ ปี/Year/年 _____ เดือน/Month/月 _____ วัน/Day/日	<input type="checkbox"/> การคลอดทางช่องคลอด /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> การผ่าตัดคลอด /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> การแท้งบุตรโดยธรรมชาติ/ Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> การทำแท้ง/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes/あり <input type="checkbox"/> ไม่/No/なし	_____ สัปดาห์ /Weeks/週
ลูกคนที่สาม/Third baby /3人目	_____ ปี/Year/年 _____ เดือน/Month/月 _____ วัน/Day/日	<input type="checkbox"/> การคลอดทางช่องคลอด /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> การผ่าตัดคลอด /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> การแท้งบุตรโดยธรรมชาติ/ Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> การทำแท้ง/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes/あり <input type="checkbox"/> ไม่/No/なし	_____ สัปดาห์ /Weeks/週
ลูกคนที่สี่/ Fourth baby /4人目	_____ ปี/Year/年 _____ เดือน/Month/月 _____ วัน/Day/日	<input type="checkbox"/> การคลอดทางช่องคลอด /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> การผ่าตัดคลอด /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> การแท้งบุตรโดยธรรมชาติ/ Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> การทำแท้ง/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes/あり <input type="checkbox"/> ไม่/No/なし	_____ สัปดาห์ /Weeks/週
ลูกคนที่ห้า /Fifth baby /5人目	_____ ปี/Year/年 _____ เดือน/Month/月 _____ วัน/Day/日	<input type="checkbox"/> การคลอดทางช่องคลอด /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> การผ่าตัดคลอด /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> การแท้งบุตรโดยธรรมชาติ/ Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> การทำแท้ง/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes/あり <input type="checkbox"/> ไม่/No/なし	_____ สัปดาห์ /Weeks/週

คุณเคยมีปัญหาในช่วงการตั้งครรภ์หรือการคลอดบ้างไหม?
 /Did you have any problems during your pregnancy or delivery? /過去に妊娠中・分娩時などの異常はありましたか。

- ไม่/No /いいえ เคย/Yes /はい *ถ้าคุณเลือกใช่ กรุณาเลือกอาการข้างล่าง。
 /If you checked "Yes", check the following items that apply.
 /「はい」に☑された方は、下の項目で当てはまるものに、☑してください。
- ความดันสูง /Hypertension/高血圧 เบาหวาน /Diabetes mellitus /糖尿病 บวม/Swelling /むくみ การคลอดก่อนกำหนด /Threatened premature delivery/切迫早産
- ภาวะเลือดไหลไม่หยุด /Had a problem with blood clotting /出血が止まりにくかった อาการชัก/Convulsion /けいれん อื่นๆ/Other(s)/その他 :

ถ้าคุณกำลังตั้งครรภ์ คุณอยากจะทำคลอดที่โรงพยาบาลนี้หรือไม่?
 /If you are pregnant, would you like to have the baby at this hospital? /妊娠の方は当院での出産を希望されますか。

- ไม่/No /いいえ ใช่/Yes /はい

อาการเป็นอย่างไร?
 /What is the symptom like? /症状はどのような性質を持っていますか。

- สม่ำเสมอ/Constant/絶え間なく、続いている อาการกำลังแย่ลง/The symptom is gradually worsening /徐々にひどくなってきている
- ไม่สม่ำเสมอ/The symptom comes and goes /症状が出たり消えたりしている อื่นๆ/Other(s)/その他

เริ่มมีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่?/When did the symptom start?
 /この症状はいつからありますか。

_____ ปี /Year _____ เดือน /Month _____ วัน /Day จากประมาณ/From about _____ : _____ เข้า/am/น. /pm
 _____ /年 _____ /月 _____ /日 午前・午後 _____ 時 _____ 分ごろから

ขณะนี้ได้มีการทานยาหรือวิตามินและอาหารเสริมบ้างไหม?
 /Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?
 /現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- ไม่/No /いいえ มี/Yes /はい *ถ้ามีให้เขียนรายละเอียดลงตารางด้านล่าง。
 /Show us your medication or medication record (notebook).
 /お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	ชื่อยา /Name of medications /お薬の名前	วิธีการใช้ยา /How to take or use your medication /飲み方・使い方		ชื่อยา /Name of medications /お薬の名前	วิธีการใช้ยา /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

ปัจจุบันได้เคยมีการรักษาโรคอะไรหรือไม่?/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?
/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

ไม่/No
/いいえ มี/Yes
/はい

ถ้ามีกรุณาเขียนลงตารางข้างล่าง
/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.
/「はい」に印した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

ชื่อของโรค (เขียนหมายเลขของโรคจากรายชื่อโรคด้านล่าง) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	สถานะการรักษา/Treatment progress /治療経過	ชื่อโรงพยาบาล/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> รักษาเสร็จสิ้น/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> กำลังรักษาอยู่/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรักษา /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> รักษาเสร็จสิ้น/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> กำลังรักษาอยู่/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรักษา /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> รักษาเสร็จสิ้น/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> กำลังรักษาอยู่/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรักษา /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> รักษาเสร็จสิ้น/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> กำลังรักษาอยู่/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ยกเลิกการรักษา /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	

<รายชื่อโรค/List of diseases/疾患リスト>

โรคของระบบของร่างกาย/System of disease /疾患の系統	ชื่อของโรค/Disease names /疾患名
① โรคเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร/ Digestive disease /消化器系の疾患	a. แผลในกระเพาะอาหาร/ Peptic ulcer /消化器潰瘍 b. ตับอักเสบ/Hepatitis /肝炎 c. โรคตับแข็ง /Hepatic cirrhosis /肝硬化 d. อื่นๆ/Others/その他
② โรคระบบไหลเวียนโลหิต /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. ความดันโลหิตสูง/ Hypertension/高血圧 b. โรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞 c. หัวใจเต้นผิดจังหวะ/ Arrhythmia /不整脈 d. ภาวะหัวใจล้มเหลว /Heart failure/心不全 e. อื่นๆ/Others/その他
③ โรคระบบหายใจ /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. โรคหืด/Asthma/喘息 b. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患 c. โรคปอดอักเสบ/Pneumonia /肺炎 d. วัณโรคปอด/Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. อื่นๆ/Others/その他
④ โรคไตในไตและท่อไต /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. ไตวายเรื้อรัง /Chronic renal failure /慢性腎不全 b. นิ่วในไต /Renal/urinary stone /腎・尿管結石 c. กระเพาะปัสสาวะอักเสบ /Urinary tract infection /尿路感染症 d. อื่นๆ/Others/その他
⑤ โรคของระบบประสาท /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. หลอดเลือดสมองตีบ อุด ตัน/Cerebral infarction /脳梗塞 b. ภาวะเลือดออกในสมอง/ Cerebral hemorrhage /脳出血 c. โรคลมชัก/Epilepsy /てんかん d. อื่นๆ/Others/その他
⑥ กลุ่มอาการเมตาบอลิก/Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. โรคเบาหวาน/Diabetes mellitus /糖尿病 b. ภาวะไขมันในเลือดสูง/ Hyperlipidemia /高脂血症 c. ภาวะไทรอยด์ผิดปกติ /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. กรดยูริกในเลือดสูง/ Hyperuricemia /高尿酸血症 e. อื่นๆ/Others/その他
⑦ โรคกล้ามเนื้อ /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์/ Rheumatoid arthritis /関節リウマチ b. โรคกระดูกพรุน/ Osteoporosis /骨粗鬆症 c. โรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อม/ Osteoarthritis /変形性膝関節症 d. อาการหมอนรองกระดูกสัน หลังทับเส้นประสาท /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. อื่นๆ/Others/その他 f. อื่นๆ/Others/その他
⑧ โรคทางสูติศาสตร์และนรีเวช/ Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. เนื้องอกมดลูก /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. ปวดประจำเดือน /Dysmenorrhea /月経困難症 c. ภาวะมีบุตรยาก/ Infertility/不妊症 d. อื่นๆ/Others/その他
⑨ โรคทางตา/Eye disease /眼の疾患	a. ต้อกระจก/Cataract /白内障 b. โรคต้อหิน/Glaucoma /緑内障 c. เมตาบอลิก/網膜症 /Retinopathy/網膜症 d. อื่นๆ/Others/その他
⑩ มะเร็ง/Malignant tumor /悪性腫瘍	a. มะเร็งกระเพาะอาหาร /Stomach cancer/胃がん b. มะเร็งลำไส้ใหญ่/Colon cancer/大腸がん c. โรคมะเร็งตับ /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん d. มะเร็งเต้านม/Breast cancer/乳がん e. มะเร็งมดลูก /Uterine cancer /子宮がん f. มะเร็งปอด /Lung cancer/肺癌 g. อื่นๆ/Others/その他
⑪ โรคทางจิต/Mental disease /精神の疾患	a. ซึมเศร้า/Depression /うつ病 b. โรคจิตเภท/Schizophrenia /統合失調症 c. อื่นๆ/Others/その他
⑫ โรคหู คอ จมูก /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. มีความผิดปกติทางการได้ยิน/ Impaired hearing /難聴 b. อาการเวียนศีรษะ/ Dizziness/めまい c. เสียงในหู /Ear noise/耳鳴 d. ภูมิแพ้เกสรดอกไม้/Pollen allergy/花粉症 e. อื่นๆ/Others/その他
⑬ โรคเลือด /Blood disease /血液の疾患	a. ภาวะโลหิตจาง/ Anemia/貧血 b. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว/ Leukemia /白血病 c. อื่นๆ/Others/その他
⑭ โรคผิวหนัง /Skin disease /皮膚の疾患	a. โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง/Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 b. น้ำกัดเท้า/Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫) c. อื่นๆ/Others/その他

คุณเคยมีประวัติได้รับการผ่าตัดหรือไม่?

/Have you ever had surgery? /今までに手術をしたことがありますか。

- ไม่/No /いいえ มี/Yes /はい ถ้าใช่กรุณาใส่ประวัติการกรักษา
 /If you checked "Yes", write the history of your surgery.
 /「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

ชื่อโรค/Disease names /疾患名	การผ่าตัด /Name of your surgery/手術名	เวลาที่ได้รับการผ่าตัด /When you had the surgery /手術をした時期	โรงพยาบาลที่ได้รับการผ่าตัด /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

*ถ้าไม่แน่ใจวันที่แน่นอนให้ใส่เป็นปีหรือช่วงอายุที่ได้รับการผ่าตัดได้
 /If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.
 /※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

ปกติคุณสูบบุหรี่ไหม?

/Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。

- ไม่/No /いいえ ใช่/Yes /はい เคยสูบบุหรี่/Used to smoke /以前吸っていた

ความบ่อยในการสูบบุหรี่ /Cigarette consumption/喫煙量	ระยะเวลาที่สูบบุหรี่/Duration of smoking /喫煙期間	จำนวนปีที่หยุดสูบบุหรี่ /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ บุหรี่/จวัน /cigarettes/Day /本/日	_____ ปี/Year/年	_____ ปี/Year/年 _____ เดือน/Month/月

*ถ้าหากคุณยังสูบบุหรี่อยู่ กรุณาเว้นช่องจำนวนปีที่หยุดสูบบุหรี่ไว้
 /If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking
 /現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

คุณดื่มสุราเป็นประจำไหม?

/Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。

- ไม่/No /いいえ ใช่/Yes /はい เคยดื่มเป็นประจำ /Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> เบียร์/Beer/ビール _____ มล./ต่อวัน/ml/Day/日	<input type="checkbox"/> วิสกี้/Whisky/ウイスキー _____ มล./ต่อวัน/ml/Day/日
<input type="checkbox"/> สาเก /Japanese sake/日本酒 _____ มล./ต่อวัน/ml/Day/日	<input type="checkbox"/> ไวน์/Wine/ワイン _____ มล./ต่อวัน/ml/Day/日
<input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s)/その他 _____ มล./ต่อวัน/ml/Day/日	

ถ้าเป็นผู้หญิง กรุณาตอบคำถามด้านล่างว่าคุณกำลังตั้งครรภ์หรือไม่?

/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant? /女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- ไม่/No /いいえ ใช่/Yes /はい ไม่แน่ใจ/Do not know/わからない

คุณกำลังให้นมบุตรอยู่หรือไม่?

/Are you breastfeeding? /現在、授乳中ですか。

- ไม่/No /いいえ ใช่/Yes /はい

ถ้าคุณมีเรื่องอยากสอบถามกรอกุณาใส่เครื่องหมายถูกด้านล่าง

/If you have a special request concerning the consultation, check the box.

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- ฉันอยากกรู้ค่าใช้จ่ายโดยประมาณก่อนล่วงหน้า
 /I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- ฉันต้องการล่ามถ้าหากเป็นไปได้
 /I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- อื่นๆ/Other(s)/その他 :

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。
 This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

การแปลภาษาจากฉบับต้นฉบับนี้เป็นเอกสารทางการแพทย์ ผู้ใช้ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรอื่น เมื่อเกิดความไม่ชัดเจนหรือเกิดความแตกต่างขึ้นเนื่องมาจากความแตกต่างเชิงวัฒนธรรมในภาษาหรือระบบที่เกี่ยวข้อง ผู้ใช้ควรให้ความสำคัญกับต้นฉบับ