

1

さんふじんか 産婦人科でできること (Опросник в отделении гинекологии)



なまえ	
生年月日	年 月 日
年れい	歳
住所	〒
電話	
国籍	
言語	
通訳	あり 関係: 家族・友人・通訳者・その他 なし
身長	cm
妊娠前の体重	kg
保険	あり (必ずもってきてください) なし

ФИО	
Дата рождения	Г. М. Д.
Возраст	
Адрес	〒
Телефон	
Гражд-во	
Родной язык	
Перевод	есть семья, друзья, переводчик, другое нет
Рост	cm
Вес до беремен-ти	kg
Страховка	Есть (обязательно предоставьте) Нет

日本語のレベルについて

あてはまるところに○をつけてください。

	はなす	きく	かく	よむ
1	まったくはなせない	まったくわからない	まったくかけない	まったくよめない
2	あいさつができる	あいさつがわかる	ひらがなが少しかける	ひらがなが少しわかる
3	かんたんな会話が	かんたんな会話が	ひらがなが	ひらがなが
4	日常会話が	日常会話が	漢字も	漢字も

Владение японским языком

Отметьте подходящий вариант кружком

	Говор.	Аудир.	Письмо	Чтен.
1	Не говорю	Не понимаю	Не умею	Не читаю
2	Знаю приветствие	Понимаю приветие	Немного пишу на хирагане	Немного знаю хирагану
3	Поддержу легкий диалог	Понимаю легкий диалог	Пишу на хирагане	Читаю на хирагане
4	Поддержу повседневный диалог	Понимаю повседневный диалог	Пишу иероглифами	Читаю иероглифы

体調について

今日はどうしましたか？あてはまるところに☑をつけてください。

- 生理がとまった
- 吐き気
- 妊娠かもしれない
 - ➔ 自分で検査した はい いいえ
- 生理が規則的にこない
- 生理のときお腹が痛い
- 外陰部がかゆい
- お腹が痛い
- 不妊について聞きたい
- その他()

月経について

初めての月経の 年 月 日	歳
一番最後の月経	年 月 日 から 日間
月経は順調ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
月経周期について	日間周期 日間続く
量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
月経痛	<input type="checkbox"/> ある ➔ <input type="checkbox"/> 生活に支障がある <input type="checkbox"/> がまんできない <input type="checkbox"/> 多少ある <input type="checkbox"/> ない
痛み止め	<input type="checkbox"/> いつもつかう <input type="checkbox"/> つかわない

О физическом состоянии

Что сегодня вас беспокоит? Отметьте подходящий вариант галочкой.

- Задержка менструации
- Тошнота
- Возможная беременность
 - ➔ Делали ли тест да нет
- Нерегулярные менструации
- Болезненные менструации
- Влажный зуд
- Боли в животе
- Хочу узнать о бесплодии
- Другое()

О менструации

Когда у вас впервые началась менструация	
Дата последней менструации	С __/__/__ г/м/д Кол-во дней __
Регулярный ли цикл?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Менструальный цикл	Длительность цикла Длительность менструации
Кол-во выделений	<input type="checkbox"/> много <input type="checkbox"/> норма <input type="checkbox"/> мало
Боли во время менструации	<input type="checkbox"/> есть ➔ <input type="checkbox"/> мешают повседневной жизни <input type="checkbox"/> не могу терпеть <input type="checkbox"/> небольшая боль <input type="checkbox"/> нет
Обезболиваю	<input type="checkbox"/> принимаю всегда <input type="checkbox"/> не принимаю

いま までかかったことがある病気について

あてはまるところに☑をつけてください。

- 子宮筋腫
- 卵巣のう腫
- 胃腸の病気()
- 肝臓の病気()
- 心臓の病気()
- 腎臓の病気()
- 甲状腺の病気()
- 高血圧症
- 糖尿病
- 喘息

- 感染症 ある なし
- 淋病 クラミジア 梅毒
 - 尖圭コンジローマ 性器ヘルペス
 - トリコモナス B型肝炎 C型肝炎
 - HIV 結核
 - その他()

手術をうけたことがありますか？ はい いいえ

はい → 年 月

手術した部位

()

輸血をうけたことがありますか？ はい いいえ

はい → 年 月

理由

()

История болезни

Отметьте галочкой подходящий вариант.

- Миома матки
- Киста яичника
- Болезни ЖКТ()
- Болезни печени()
- Болезни сердца()
- Болезни почек()
- Болезни щит.железы()
- Гипертензия
- Сахарный диабет
- Астма

- Инфекц.заболевания да нет
- Гонорея Хламидия
 - Сифилис
 - Остроконечные кондиломы
 - Генитальный герпес
 - Трихомонада Гепатит В
 - Гепатит С ВИЧ
 - Туберкулез
 - Другое()

Были ли у вас операции?

да нет

да → год месяц

операция проведена на

()

Делали ли вам переливание крови?

да нет

да → год месяц

Причина

()

妊娠について

1. 前の妊娠について
 ・妊娠したことはありますか？ はい いいえ
 ・妊娠()回 分娩()回

2. 分娩について
 わかる範囲でよいので、以下の表にかいてください。

	年	性別	体重	経膣分娩・ 帝王切開	生・死
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 死
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 死
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 死
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 死

3. 今回の妊娠について
 以下の希望はありますか？
 ・アルコール消毒を使える はい いいえ
 ・輸血できる はい いいえ
 ・医師の性別の希望がある はい いいえ
 ・お祈りの時間の希望がある はい いいえ
 ・お祈りの場所希望がある はい いいえ
 ・その他の希望がある はい いいえ
 ➡()

- ・薬や食物などにアレルギーはありますか？
はい いいえ

➡くすり()

食物()

その他()

- ・当院でのお産を希望しますか？
はい いいえ

※この問診票は、NPO法人国際交流ハーティ港南台と公益財団法人かながわ国際交流財団が作成した「多言語医療問診票」を参考に作成しました。

О беременности

1. Предыдущие беременности
 Были ли у вас беременности?
да нет
 Беременность по счету ()
 Роды()

2. О родах
 Заполните таблицу.

	Год	Пол	Вес	Естест в. роды/ Кесар. сечени е	Живой / Мертв ый
1		<input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж	g	<input type="checkbox"/> Естес тв. роды <input type="checkbox"/> КС	<input type="checkbox"/> жив. <input type="checkbox"/> мерт.
2		<input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж	g	<input type="checkbox"/> Естес тв. роды <input type="checkbox"/> КС	<input type="checkbox"/> жив. <input type="checkbox"/> мерт.
3		<input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж	g	<input type="checkbox"/> Естес тв. роды <input type="checkbox"/> КС	<input type="checkbox"/> жив. <input type="checkbox"/> мерт.
4		<input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж	g	<input type="checkbox"/> Естес тв. роды <input type="checkbox"/> КС	<input type="checkbox"/> жив. <input type="checkbox"/> мерт.

3. О текущей беременности
 Есть ли нижеуказ. пожелания?

- ・Дезинфекция спиртом да нет
 ・Переливание крови да нет
 ・Выбор пола врача да нет
 ・Время для молитвы да нет
 ・Место для молитвы да нет
 ・Другие пожелания да нет
 ➡()

- ・Есть ли аллергия на лекарства и др.? да нет

➡ Лекарства()
 Продукты()
 Другое()

- ・Хотите ли рожать в этой больнице? да нет

※ Данный вопросник был создан с ссылкой на мультязычную мед. анкету, составленную НКО Международное сообщество Хёрти Конандай и Международный фонд Канагава.