

1

さんふじんか 産婦人科でできること (妇产科的问诊事项)



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

姓名	
生日年月	年 月 日
年齢	岁
地址	〒
电话	
国籍	
母语	
翻译	有 关系: 家人・朋友・翻译员・其他 无
身高	cm
孕前体重	kg
保险	有 (请务必带好) 无

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 できる	かんたんな 会話が わかる	ひらがなが かける	ひらがなが わかる
4	日常会話が できる	日常会話が わかる	漢字も かける	漢字も わかる

关于日语水平

请圈出符合实际情况的项目。

	说	听	写	读
1	完全不会说	完全听不懂	完全不会写	完全看不懂
2	可以打招呼	可以听得懂 别人打招呼	会写一些 平假名	看得懂 一些平假名
3	可以进行简 单对话	可以听得懂 简单对话	会写平假名	看得懂 平假名
4	可以进行 日常对话	听得懂 日常对话	会写汉字	看得懂汉字

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()

关于身体情况

请在符合今天身体情况的项目上打钩。

- 月经停止
- 恶心想吐
- 怀疑是否怀孕
→ 是否已自己进行过检测 是 否
- 月经不规律
- 来月经的时候肚子疼
- 外阴瘙痒
- 肚子疼
- 想咨询不孕不育
- 其他()

月経について

初めての月経の 年 月 日	歳
一番最後の月経 はいつから	年 月 日 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

关于月经

月经初潮の年齢	岁
最后一次来月经 是什么时候	从 年 月 日 开始, 共 天
月经是否规律	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
月经周期	每次间隔天数 天 每次持续天数 天
量	<input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少
生理痛	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 影响到日常生活 <input type="checkbox"/> 无法忍耐 <input type="checkbox"/> 稍微有一些疼痛感 <input type="checkbox"/> 无
止疼药	<input type="checkbox"/> 一直有使用 <input type="checkbox"/> 不使用

いま **今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()

手術を受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

()

輸血を受けたことがありますか？ はい いいえ

はい⇒ 年 月

理由

()

关于病史

请在符合情况的项目上打钩。

- 子宫肌瘤
- 卵巢囊肿
- 肠胃疾病 ()
- 肝脏疾病 ()
- 心脏疾病 ()
- 肾脏疾病 ()
- 甲状腺疾病 ()
- 高血压
- 糖尿病
- 哮喘

- 传染病 有 无
- 淋病 披衣菌感染 梅毒
 - 尖锐湿疣 性病疱疹
 - 滴虫性阴道炎 乙肝 丙肝
 - 艾滋病 结核病
 - 其他 ()

有进行过手术的经历吗？ 有 无

有⇒ 年 月

手术部位

()

有接受过输血吗？ 有 无

有⇒ 年 月

理由

()

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

关于怀孕

1. 关于怀孕经历

- ・此前是否有过怀孕经历？ 有 无
- ・怀孕过()次 分娩过()次

2. 关于分娩

请填写下表。在您知道的范围内填写即可。

	年份	性別	体重	自然分娩・ 剖腹产	生・死
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 剖腹产	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 死
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 剖腹产	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 死
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 剖腹产	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 死
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 剖腹产	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 死

3. 关于本次怀孕

是否有以下需求？

- ・可以使用酒精消毒 有 无
 - ・可以进行输血 有 无
 - ・希望指定医生性别 有 无
 - ・需要进行祷告 有 无
 - ・需要祷告场所 有 无
 - ・有其他要求 有 无
- ➡()

- ・是否有药物或者食物过敏？
有 无

➡药物()

食物()

其他()

- ・是否希望在本院进行分娩？
是 否

※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。

※本问诊单是参考 NPO 法人国际交流哈提港南台以及公益财团法人神奈川国际交流财团制作的「多语种问诊单」而制作完成的。