



なまえ	
せいねんがっぴ 生年月日	ねん がつ じち 年 月 日
ねんれい 年 さい れい 歳	
じゅうしょ 住所	〒
でんわ 電話	
こくさき 国籍	
げんご 言語	
つうやく 通訳	あり かんけい 家族・友人・通訳者・その他 なし
しんちゆう 身長	cm
にんしんまえ 妊娠前の たいじゆう 体重	kg
ほけん 保険	あり (必ずもってきてください) なし

	اسم
روز ماه سال	تاریخ تولد
چند ساله	سن
کود پستی	آدرس خانه
	شماره تلفون
	ملیت
	زبان مادری
بلی : فامیل, دوست, ترجمان, وغيره.	ترجمان
هیچ یک	
cm	قد
kg	وزن قبل از حاملگی
بله (لطفاً اگر دارید بیاورید)	بیمه صحی
هیچ یک	

### 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

### سطح زبان جاپانی شما

لطفاً پاسخی را که به مهارت شما تطابق دارد دایره کنید

	خواندن	نوشتن	گوش دادن	صحبت کردن
1	اصلاً قادر به خواندن نیستم	قادر به نوشتن نیستم	قادر نیستم که بفهمم	قادر به صحبت کردن نیستم
2	قادر به خواندن کمی هیراگانا هستم	مقداری هیراگانا هستم	قادر به فهمیدن احوالپرسی هستم	قادر به احوالپرسی هستم
3	قادر به خواندن تمام هیراگانا هستم	قادر به نوشتن تمام هیراگانا هستم	قادر به فهمیدن مکالمه ساده هستم	قادر به گفتگوی ساده هستم
4	قادر به خواندن کانجی هستم	قادر به نوشتن کانجی هستم	قادر به فهمیدن مکالمه روزانه هستم	قادر به مکالمه روزانه هستم

## 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( )

## در مورد سلامتی شما

لطفاً دلایل آمدن امروز خود را به ما بگویید و تمام عوامل مربوطه را علامت بزنید.

- عدم موجودیت عادت ماهوار  
 احساس دل بدی  
 احتمال حاملگی  
 → خودم تست حاملگی کردم  
 بلی  نخیر  
 عادت ماهوار نامنظم  
 دل دردی در عادت ماهوار  
 خارش در نزدیکی قسمت خارجی اندام تناسلی  
 دل دردی  
 می خواهم در مورد حمل نگرفتن یا عقامت بپرسم  
 و غیره ( )

## 月経について

初めての月経の 年れい	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

## در مورد عادت ماهوار شما

سن شما در اولین عادت ماهوارتان	چند ساله
آخرین عادت ماهوار شما	سال ماه روز چند روز نوام کرد .....روز
آیا عادت ماهوار شما منظم است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
دوره عادت ماهوار شما	هر ..... روز برای ..... روز
مقدار عادت ماهوار	<input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> کم
دردهای عادت ماهوار	<input type="checkbox"/> بلی → ارتباط به کارهای روزانه دارد <input type="checkbox"/> شدید است و متوسط نیست. <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/> ندارد
از مسکن برای درد استفاده میکنید؟	<input type="checkbox"/> بلی و همیشه <input type="checkbox"/> اصلاً نخیر

いま <sup>びょうき</sup> **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。

- <sup>しきゅうきんしゅ</sup> 子宮筋腫
- <sup>らんそう しゅ</sup> 卵巣のう腫
- <sup>いちょう びょうき</sup> 胃腸の病気( )
- <sup>かんぞう びょうき</sup> 肝臓の病気( )
- <sup>しんぞう びょうき</sup> 心臓の病気( )
- <sup>しんぞう びょうき</sup> 腎臓の病気( )
- <sup>こうじょうせん びょうき</sup> 甲状腺の病気( )
- <sup>こうけつあつしやう</sup> 高血圧症
- <sup>とうにょうびやう</sup> 糖尿病
- <sup>ぜんそく</sup> 喘息

- <sup>かんせんしやう</sup> 感染症  ある  なし
- <sup>りんびやう</sup> 淋病  <sup>くらみじあ</sup> クラミジア  <sup>ばいどく</sup> 梅毒
  - <sup>せんけい</sup> 尖圭コンジローマ  <sup>せいき</sup> 性器ヘルペス
  - <sup>とりこもなす</sup> トリコモナス  <sup>がたかんらん</sup> B型肝炎  <sup>がたかんらん</sup> C型肝炎
  - <sup>HIV</sup> HIV  <sup>けつかく</sup> 結核
  - <sup>た</sup> その他( )

<sup>しゅじゅつ</sup> 手術をうけたことがありますか？  はい  いいえ

はい → <sup>ねん</sup> 年 <sup>がつ</sup> 月

<sup>しゅじゅつ</sup> 手術した部位 <sup>ぶい</sup> 部位

( )

<sup>ゆけつ</sup> 輸血をうけたことがありますか？  はい  いいえ

はい → <sup>ねん</sup> 年 <sup>がつ</sup> 月

<sup>りゆう</sup> 理由

( )

**در مورد تاریخچه صحتی شما**

لطفاً تمام موارد را که در مورد شما تطبیق می‌شود، علامت بزنید.

- فیبروم رحم
- کیست تخمدان
- امراض سیستم هاضمه ( )
- مرض جگر ( )
- مرض قلبی ( )
- مرض گرده ( )
- مرض تیروئید ( )
- فشار خون بالا
- مرض شکر
- نفس تنگی

- آیا عفونت دارید؟  بلی  خیر
- سوزاک  کلامیدیا  سیفلیس
- زخ های مهبلی مقعدی  تب خال ناحیه تناسلی
- تریکومونیازیس  هپاتیت B
- هپاتیت C

اچ.آی.وی  مرض سل

غیره ( )

آیا عملیات جراحی انجام داده اید؟  بلی  خیر

اگر بله، چه زمانی؟ ← سال ماه

کدام قسمت از بدن خود را جراحی کرده اید؟

( )

آیا شما خون اخذ کرده اید؟  بلی  خیر

اگر بله، چه زمانی؟ ← سال ماه

علتش چه بود؟

( )

