1

産婦人科できかれること (Questions Asked by OB-GYN)



なまえ	
生年月日	第 月 日
準れい	歳
住所	〒
でんり 電話	
こく <u>せき</u> 国籍	
<u>ぜんご</u> 言語	
通訊	あり
	関係:家族・发人・通訳者・その他
	なし
身長	cm
妊娠前の体重	kg
保 簽	あり (必ずもってきてください)
	なし

Name	
Birthday	Year Month Day
Age	Years Old
Home Address	〒 (Zip Code)
Phone	
Nationality	
First Language	
Translator	Yes: Family, Friend, Interpreter,
	Others
	None
Heights	cm
Pre-pregnancy	kg
Weights	
Health	Yes (Please bring if you have)
Insurance	None

日本語のレベルについて

あてはまるところにOをつけてください。

	はなす	きく	かく	よむ
1	まったく	まったく	まったく	まったく
	はなせない	わからない	かけない	よめない
2	あいさつが	あいさつが	ひらがなが	ひらがなが
	できる	わかる	歩し	多し
			かける	わかる
3	かんたんな	かんたんな	ひらがなが	ひらがなが
	会話が	会話が	かける	わかる
	できる	わかる		
4	日常会話が	日常会話が	漢字も	漢字も
	できる	わかる	かける	わかる

Your Japanese Language Levels

Please circle the answer that applies in each skill

	Speaking	Listening	Writing	Reading	
1	Not able to	Not able to	Not able	Not able	
	speak at all	understand	to spell	to read at	
				all	
2	Able to greet	Able to	Able to	Able to	
		understand	write	read some	
		greetings	some	Hiragana	
			Hiragana		
3	Able to have	Able to	Able to	Able to	
	simple	understand	write all	read all	
	conversations	simple	Hiragana	Hiragana	
		conversations			
4	Able to have	Able to	Able to	Able to	
	daily	understand daily	write	read Kanji	
	conversations	conversations	Kanji		

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。

口生理がとまった
口吐き気
口妊娠かもしれない
➡ 首分で検査した 口はい 口いいえ
口生理が規則的にこない
口生理のときお腹が痛い
□ 外陰部がかゆい
口お腹が痛い
口や近について聞きたい
口その他()

月経について

(±1:	
初めての角経の	
準れい	成
いちばんさいぞの月経	な
	にちかん 日 間
月経は 順調 です	□はい □いいえ
か?	
げったいできた 月経周期について	にちかんしゅうき 日間周期
	日間続く
重	□鬱い□普通□歩ない
げっけいつう 月経痛	□ある
	➡□生活に支障がある
	□がまんできない
	口多少ある
	□ない
痛み止め	□いつもつかう
	□つかわない

About Your Health

Please tell us the reasons of your visit today and check ✓ all the boxes that apply

□Absence of monthly period
□Feelings of nausea
□Possible pregnancy
→Taken a pregnancy test by myself
☐ Yes ☐ No
□Inconsistent period
□Stomachache during your period
□Itchiness near the external part of the
genitalia.
□Have stomachache
□Want to ask about infertility
□Others()

About Your Menstruation

The age of your	
first period	Years old
Your last period	Year Month Day
	Lasted for days
Is your period	□ Yes □ No
regular?	
Your period cycle	Every days
	Lasts for days
Flow of your	☐ Heavy ☐Normal
period	□ Light
Menstrual cramps	□ Yes
	⇒ □Interfere daily activities
	□Severe, not moderate
	□Mild
	□ None
Use of pain relief	☐ Yes, always
	□ Not at all

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。

しきゅうきんしゅ 口子宮筋腫		□Uterine Fibroid	
口弥巣のう腫		□Ovarian Cyst	
□胃腸の病気()	□Gastrointestinal illnes()
□觧臓の病気()	□Liver disease ()
口心臓の病気()	□Heart disease ()
□腎臓の病気()	□Kidney disease ()
口甲状腺の病気()	□Thyroid disease ()
こうけつあつしょう		□High blood pressure	
□糖尿病		□Diabetes	
ばれる 山喘息		□Asthma	
Methods 感染症 口ある ロ	₩.V.	Do you have any infections? □	
	クラミジア 口梅毒	□Gonorrhea □Chlamydia	□Syphilis
口英宝コンジローマ		□Anogenital warts □	Genital herpes
ロトリコモナス ロE	3型肝炎 □C型肝炎	□Trichomoniasis □Hepatitis	В
□HIV □됨	核	□Hepatitis C	
□その他()	□HIV □Tuberculosis (TB)
		□Others ()
手術をうけたことがあ	りますか?□はい □いいえ	Have you had any surgery?	□Yes □No
はい →	月	If yes, when? → Year N	l onth
手術した部位		Which part of your body have y	ou had
()	surgery?	
		()
^{ゅけっ} 輸血をうけたことがあ	りますか?□はい □いいえ	Have you had blood transfusion?	P □Yes □No
はい➡	月	If yes, when? → Year N	l onth
りゅう理由		What was the reason?	
()	()

About Your Health History

health history.

Please check ✓ all boxes that applies to your

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? 口はい 口いいえ
- 2. 労娩について

わかる範囲でよいので、以下の。表にかいてください。

	举	性別	体重	経腟分娩・	生·死
				帝王切開	
1		口男	9	口経腟分娩	二生
		口女		口帯王切開	□死
2		四男	9	口経腟分娩	些生
		口女		口帝王切開	□死
3		口男	9	口経腟分娩	四生
		口女		口帝王切開	□死
4		口男	9	口経腟分娩	四生
		口女		口帝王切開	□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	口はい	□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	口はい	□いいえ
・お祈りの場所希望がある	口はい	□いいえ
·その他の 希望 がある	口はい	□いいえ
→ ()

・薬や食物などにアレルギーはありますか?

口はい	□いいえ	
→ <すり()
食物()
その他()
・当院でのお麓	を希望しますか	?

□はい □いいえ

まうじんごくさいこうりゅう こうなんだい こうえき ※この問診票は、NPO法人国際交流ハーティ港南台と公益 ざいだんほうじん こくさいこうりゅうざいだん さくせい たげんごいりょう 財団法人かながわ国際交流財団が作成した「多言語医療もんしんひょう さんこう さくせい 問診票」を参考に作成しました。

About Your Pregnancy

- 1. About your previous pregnancies
- ·Have you been pregnant before? □Yes □No
- ·How many times did you have:

Pregnancies()Childbirth()
Pregnancies(,

2. About your childbirth

Please fill out the blanks as possible

	Year	Gender	Weight	Vaginal	Mortality
				delivery	
				or C/S	
1		□boy	g	□Vaginal	□lived
		□girl		□C-section	□deceased
2		□boy	g	□Vaginal	□lived
		□girl		□C-section	□deceased
3		□boy	g	□Vaginal	□lived
		□girl		□C-section	□deceased
4		□boy	g	□Vaginal	□lived
		□girl		□C-section	□deceased

3. About your current pregnancy

Do you have any requests below?

·Willing to use alcohol disinfectant	⊔Yes ⊔No		
·Willing to get a blood transfusion	□Yes □No		
·Have a request on my doctor's gender			
	□Yes □No		
\cdot Have a request on time for praying	□Yes □No		
·Have a request on a place to pray	□Yes □No		
·Have other requests	□Yes □No		
→ ()		

•Do you have any drug or foods allergies?

		□Yes □No
→Medicine	s ()
Foods	()
Others	()

 Do you wish to deliver your baby at this hospital?

**This medical questionnaire was created, referring to "Multilingual Medical Questionnaire," created by the NPO, International Community Hearty Konandai and Kanagawa International Foundation.