

1

さんふじんか

産婦人科でできること

(Questions Asked by OB-GYN)



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

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 Weights	kg
Health Insurance	Yes (Please bring if you have) None

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

Your Japanese Language Levels

Please circle the answer that applies in each skill

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

いま ^{ひょうき} 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}子宮筋腫
- ^{らんそう しゅ}卵巣のう腫
- ^{いちょう びょうき}胃腸の病気()
- ^{かんぞう びょうき}肝臓の病気()
- ^{しんぞう びょうき}心臓の病気()
- ^{じんぞう びょうき}腎臓の病気()
- ^{こうじょうせん びょうき}甲状腺の病気()
- ^{こうけつあつしやう}高血圧症
- ^{とうにょうびやう}糖尿病
- ^{ぜんそく}喘息

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

^{しゅじゆつ}手術をうけたことがありますか？はい いいえ

はい⇒ ^{ねん}年 ^{がつ}月

^{しゅじゆつ}手術した部位

()

^{ゆけつ}輸血をうけたことがありますか？はい いいえ

はい⇒ ^{ねん}年 ^{がつ}月

^{りゆう}理由

()

About Your Health History

Please check☑ all boxes that applies to your health history.

- Uterine Fibroid
- Ovarian Cyst
- Gastrointestinal illness()
- Liver disease ()
- Heart disease ()
- Kidney disease ()
- Thyroid disease ()
- High blood pressure
- Diabetes
- Asthma

Do you have any infections? Yes None

- Gonorrhea Chlamydia Syphilis
- Anogenital warts Genital herpes
- Trichomoniasis Hepatitis B
- Hepatitis C
- HIV Tuberculosis (TB)
- Others ()

Have you had any surgery? Yes No

If yes, when? ➡ Year Month

Which part of your body have you had surgery?

()

Have you had blood transfusion? Yes No

If yes, when? ➡ Year Month

What was the reason?

()

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。

About Your Pregnancy

1. About your previous pregnancies

- ・Have you been pregnant before? Yes No
- ・How many times did you have:
Pregnancies()Childbirth()

2. About your childbirth

Please fill out the blanks as possible

	Year	Gender	Weight	Vaginal delivery or C/S	Mortality
1		<input type="checkbox"/> boy <input type="checkbox"/> girl	g	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> C-section	<input type="checkbox"/> lived <input type="checkbox"/> deceased
2		<input type="checkbox"/> boy <input type="checkbox"/> girl	g	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> C-section	<input type="checkbox"/> lived <input type="checkbox"/> deceased
3		<input type="checkbox"/> boy <input type="checkbox"/> girl	g	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> C-section	<input type="checkbox"/> lived <input type="checkbox"/> deceased
4		<input type="checkbox"/> boy <input type="checkbox"/> girl	g	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> C-section	<input type="checkbox"/> lived <input type="checkbox"/> 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
- ・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
- ➡Medicines ()
Foods ()
Others ()
- ・Do you wish to deliver your baby at this hospital? Yes No

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