

# 1

## さんふじんか 産婦人科でできること

### (Tanya Jawab Kebidanan & Ginekologi)



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 年齢	さい 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
しんちよう 身長	cm
にんしんまえ 妊娠前の体重	kg
ほけん 保険	あり (必ずもってきてください) なし

Nama	
Tanggal lahir	thn ____ bln ____ tgl ____
Usia	tahun
Alamat	〒 (Kode pos)
Telepon	
Warga negara	
Bahasa	
Penerjemah	Ada: Keluarga/Teman/ Penerjemah/Lainnya Tidak ada
Tinggi badan	cm
Berat badan	(sebelum hamil) kg
Asuransi	Ada (harap dibawa) Tidak ada

### にほんご 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 かいわ 会話が できる	かんたんな かいわ 会話が わかる	ひらがなが かける	ひらがなが わかる
4	にちじょうかいわ 日常会話が できる	にちじょうかいわ 日常会話が わかる	かんじ 漢字も かける	かんじ 漢字も わかる

### Tentang kemampuan berbahasa Jepang.

Lingkari yang sesuai.

	Bicara	Dengar	Tulis	Baca
1	Tidak sama sekali	Tidak sama sekali	Tidak sama sekali	Tidak sama sekali
2	Bisa menyapa	Memahami sapaan	Bisa sedikit Hiragana	Bisa sedikit Hiragana
3	Bisa percakapan yang mudah	Memahami percakapan yang mudah	Bisa menulis Hiragana	Bisa membaca Hiragana
4	Bisa percakapan sehari-hari	Memahami percakapan sehari-hari	Bisa menulis Kanji juga	Bisa membaca Kanji juga



いま びょうき  
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  
( )

Tentang penyakit yang pernah dialami.

Beri tanda ☑ pada pilihan yang sesuai.

- Mioma pada rahim
- Kista pada indung telur/ovarium
- Gangguan pencernaan ( )
- Penyakit hati ( )
- Penyakit jantung ( )
- Penyakit ginjal ( )
- Penyakit kelenjar gondok/tiroid ( )
- Tekanan darah tinggi
- Diabetes melitus
- Asma

- Penyakit menular Ada Tidak ada
- Kencing nanah/gonore Klamidia Sifilis
  - Kutil kelamin Herpes genitali
  - Trichomonas Hepatitis B Hepatitis C
  - HIV Tuberkulosis/TBC
  - Lainnya( )

Apakah pernah menjalani operasi?  
Ya Tidak  
Jika “Ya”⇒ tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_  
Bagian tubuh yang dioperasi  
( )

Apakah pernah menerima transfusi darah?  
Ya Tidak  
Jika “Ya”⇒ tahun \_\_\_\_ bulan \_\_\_\_  
Alasan:  
( )

## 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、以下の表に書いてください。

	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。

## Tentang kehamilan

### 1. Tentang kehamilan sebelumnya

- ・Apakah Anda pernah hamil? Ya Tidak
- ・Hamil ( ) kali Melahirkan ( ) kali

### 2. Tentang persalinan

Isi tabel di bawah sejauh yang Anda ketahui.

	Tahun	Jenis Kelamin	Berat Bayi	Normal /Sesar	Hidup/ Meninggal
1		<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	g	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
2		<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	g	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
3		<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	g	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
4		<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	g	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M

### 3. Tentang kehamilan kali ini

Apakah Anda ada permintaan di bawah ini?

- ・Bisa pakai disinfektan alkohol Ya Tidak
  - ・Bisa transfusi darah Ya Tidak
  - ・Preferensi jenis kelamin dokter Ya Tidak
  - ・Ingin waktu untuk ibadah Ya Tidak
  - ・Ingin tempat untuk ibadah Ya Tidak
  - ・Ada permintaan lainnya Ya Tidak
- ➡( )

・Apakah ada alergi obat, makanan, dll?

Ya Tidak

➡ Obat ( )

Makanan ( )

Lainnya ( )

・Apakah Anda ingin melahirkan di rumah sakit ini? Ya Tidak

※Lembar pertanyaan pengobatan ini dibuat berdasarkan “Lembar Pertanyaan Pengobatan dalam Berbagai Bahasa” yang dibuat oleh Yayasan Nirlaba Komunitas Internasional Hearty Konandai (International Community Hearty Konandai) dan Yayasan Umum Yayasan Internasional Kanagawa (Kanagawa International Foundation).