

1

さんふじんか 産婦人科でできること (산부인과에서 질문하는 내용)



なまえ	
せいねんがっぴ 生年月日	ねん がつ じつ 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

이름	
생년월일	년 월 일
나이	
주소	〒
전화번호	
국적	
언어	
통역	있음 관계: 가족·친구·통역자·그 외 없음
신장	cm
임신전 체중	kg
보험	있음(반드시 지참해주세요) 없음

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

일본어 수준에 대해서

해당하는 부분에 동그라미○를 표시해 주세요.

	말하기	듣기	쓰기	읽기
1	전혀 말할 수 없다	전혀 알 수 없다	전혀 쓸 수 없다	전혀 읽을 수 없다
2	인사가 가능하다	인사가 가능하다	히라가나를 조금 쓸 수 있다	히라가나를 조금 읽을 수 있다
3	간단한 회화가 가능하다	간단한 회화는 이해한다	히라가나를 쓸 수 있다	히라가나를 이해한다.
4	일상회화가 가능하다	일상회화를 이해한다	한자를 쓸 수 있다	한자를 이해 한다

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

()

여태까지의 병력에 대해서

해당하는 사항에 체크를 ☑ 해주세요.

- 자궁근종
- 난소낭종
- 위장 질병 ()
- 간 질병 ()
- 심장 질병 ()
- 신장 질병 ()
- 갑상선 질병 ()
- 고혈압 증상
- 당뇨병
- 천식

감염증 있음 없음

- 임병 클라미디아 매독
- 음부 사마귀(곤지름) 성기 헤르페스
- 토리코모나스 B형간염 C형간염
- HIV 결핵
- 그 외 ()

수술을 한 적이 있습니까? 예 아니요

예➡ 年 월

수술 부위

()

수혈받은 적이 있습니까? 예 아니요

예➡ 年 월

이유

()

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。

임신에 대해서

1. 이전 임신에 대해서

- ・임신한 경험이 있습니까? 예 아니요
- ・임신()회 분만()회

2. 분만에 대해서

아는 범위에 한하여 이하의 표를 작성해 주세요.

	년	성별	체중	자연분만・ 제왕절개	생존・ 사망
1		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 녀	g	<input type="checkbox"/> 경질분만 <input type="checkbox"/> 제왕절개	<input type="checkbox"/> 생존 <input type="checkbox"/> 사망
2		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 녀	g	<input type="checkbox"/> 경질분만 <input type="checkbox"/> 제왕절개	<input type="checkbox"/> 생존 <input type="checkbox"/> 사망
3		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 녀	g	<input type="checkbox"/> 경질분만 <input type="checkbox"/> 제왕절개	<input type="checkbox"/> 생존 <input type="checkbox"/> 사망
4		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 녀	g	<input type="checkbox"/> 경질분만 <input type="checkbox"/> 제왕절개	<input type="checkbox"/> 생존 <input type="checkbox"/> 사망

3. 이번 임신에 대해서

이하의 항목에서 희망하는 사항이 있습니까?

- ・알콜 소독을 사용한다 예 아니요
 - ・수혈 가능하다 예 아니요
 - ・의사 성별을 선택하고싶다 예 아니요
 - ・기도 시간을 원한다 예 아니요
 - ・기도할 장소를 원한다 예 아니요
 - ・그 외 희망사항이 있다 예 아니요
- ➡()

- ・특정 약물과 음식등에 알레르기가 있습니까?
예 아니요

- ➡약 ()
- 음식()
- 그 외()

- ・저희 병원에서 출산을 희망하십니까?
예 아니요

※이 문진표는 NPO 법인 국제교류 하티코우난다이와 재단법인 카나가와 국제교류 재단이 작성한 '다국어 의료 문진표'를 참고하여 작성하였습니다.