

# 1

さんふじんか

## 産婦人科でできること

(Perguntas feitas pelo ginecologista)



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

Nome	
Nascimento	Ano Mês Dia
Idade	anos
Endereço	〒
Telefone	
Nacionalidade	
Idioma	
Tradução	Possuo Relação: Família, Amig, Tradut, Outro Não possuo
Altura	cm
Peso pré-parto	kg
Seguro	Possuo (trazer sem falta) Não Possuo

### 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

### Sobre o nível de japonês

Circule a opção apropriada.

	Falar	Ouvir	Escrever	Ler
1	Não falo nada	Ñ compreendo nada	Ñ escrevo nada	Ñ leio nada
2	Consigo cumprir ntar	Compreendo cumprimentos	Escrevo um pouco de hiragana	Leio um pouco de hiragana
3	Falo conversa ção simples	Entendo conversação simples	Escrevo hiragana	Leio hiragana
4	Conversa ção de cotidiano	Conversação de cotidiano	Escrevo kanji	Leio kanji



いま 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  
 ( )

Sobre todas as doenças que já sofreu

Faça ☑ um na opção mais apropriada.

- Mioma uterino
- Cisto no ovário
- Doença estomacal ( )
- Doença no fígado( )
- Doença no coração( )
- Doença no rim ( )
- Doença na tireoide( )
- Pressão alta
- Diabetes
- Asma

- Doença contagiosa Tenho Não
- Gonorréia  Clamídia  Sífilis
  - Condiloma  Herpes genital
  - Tricomoníase  Hepatite B  Hepatite C
  - HIV  Tuberculose
  - Outros( )

Já fez alguma cirurgia? Sim Não  
 Sim⇒ Ano Mês  
 Região operada  
 ( )

Já fez transfusão de sangue? Sim Não  
 Sim⇒ Ano Mês  
 Motivo  
 ( )

## 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。

## Sobre a gravidez

### 1. Sobre a gravidez anterior

- Já engravidou antes? Sim Não
- Gravidez( )vezes Parto( )vezes

### 2. Sobre o(s) parto(s)

Preencha o quadro até onde conseguir

	Idade	Sexo	Peso	P.normal・ Cesária	Vivo・ Morto
1		<input type="checkbox"/> Menino <input type="checkbox"/> Menina	g	<input type="checkbox"/> P.normal <input type="checkbox"/> Cesária	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Morto
2		<input type="checkbox"/> Menino <input type="checkbox"/> Menina	g	<input type="checkbox"/> P. normal <input type="checkbox"/> Cesária	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Morto
3		<input type="checkbox"/> Menino <input type="checkbox"/> Menina	g	<input type="checkbox"/> P. normal <input type="checkbox"/> Cesária	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Morto
4		<input type="checkbox"/> Menino <input type="checkbox"/> Menina	g	<input type="checkbox"/> P. normal <input type="checkbox"/> Cesária	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Morto

### 3. Sobre a gravidez atual

Você deseja alguns dos itens abaixo?

- Uso de desinfetador com álcool Sim Não
- Pode fazer transfusão de sangue Sim Não
- Preferência pelo sexo do médico Sim Não
- Deseja um horário para prece Sim Não
- Deseja um local para prece Sim Não
- Há outros desejos? Sim Não

➡( )

Possui alergia a remédios ou alimentos?

Sim Não

➡Remédios( )

Alimentos( )

Outros( )

Deseja fazer o parto neste hospital?

Sim Não

※Este questionário foi baseado no“Questionário Médico Multilíngue”produzido pela NPO Comunidade Internacional Hearty Konandai e pela Fundação Internacional de Kanagawa.