

1

さんふじんか 産婦人科でできること (แบบสอบถามแผนกสูติรีเวช)



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

ชื่อ-นามสกุล	
วันเดือนปีเกิด	
อายุ	
ที่อยู่	〒 (รหัสไปรษณีย์)
เบอร์โทรศัพท์	
สัญชาติ	
ภาษาที่ใช้	
ล่ามแปลภาษา	มี เกี่ยวข้องเป็น : คนในครอบครัว/เพื่อน/ล่ามแปลอื่นๆ ไม่มี
ส่วนสูง	cm
น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์	kg
ประกันสุขภาพ	มี (กรุณานำติดตัวมาด้วย) ไม่มี

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

เกี่ยวกับระดับภาษาญี่ปุ่น

กรุณามวงกลม ○ เลือกหัวข้อที่คิดว่าเหมาะสม

	พูด	ฟัง	เขียน	อ่าน
1	ไม่ได้เลย	ไม่เข้าใจเลย	ไม่ได้เลย	ไม่ได้เลย
2	พูดทักทายแนะนำตัว ได้	ฟังทักทายแนะนำตัว ได้	เขียนฮิราคะนะไ ต้นัดหน่อย	อ่านฮิรา คะนะ ได้นิดน หน่อย
3	พูดบทสนทนาง่าย ๆ ได้	ฟังบทสนทนาง่าย ๆ ได้	เขียนฮิราคะนะไ ได้ดี	อ่านฮิรา คะนะ ได้ดี
4	พูดภาษาญี่ปุ่นในชีวิต ประจำวันได้	ฟังภาษาญี่ปุ่นในชีวิต ประจำวัน เข้าใจ	เขียนคันจิได้	อ่านคัน จิได้

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。

- 生理がとまった
- 吐き気
- 妊娠かもしれない
 - ➔ 自分で検査した はい いいえ
- 生理が規則的にこない
- 生理のときお腹が痛い
- 外陰部がかゆい
- お腹が痛い
- 不妊について聞きたい
- その他()

月経について

初めての月経の 年 <small>ねん</small> れい	歳 <small>さい</small>
一番最後の月経	年 <small>ねん</small> 月 <small>がつ</small> 日 <small>にち</small> から 日間 <small>にちかん</small>
月経は 順調 <small>じゆんちゆう</small> ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
月経周期 <small>げっけいしゅうき</small> について	日間周期 <small>にちかんしゅうき</small> 日間続 <small>にちかんつづ</small> く
量 <small>りやう</small>	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
月経痛 <small>げっけいいたづら</small>	<input type="checkbox"/> ある ➔ <input type="checkbox"/> 生活に支障 <small>せいざう</small> がある <input type="checkbox"/> がまんできない <input type="checkbox"/> 多少 <small>たしやう</small> ある <input type="checkbox"/> ない
痛み止め <small>いたみどめ</small>	<input type="checkbox"/> いつもつかう <input type="checkbox"/> つかわない

เกี่ยวกับสภาพร่างกาย

วันนี้อาการเป็นอย่างไร ?

กรุณาทำเครื่องหมาย ☑ ลงในช่องที่เหมาะสม

- ประจำเดือนไม่มา
- มีอาการคลื่นไส้
- อาจจะต้องตรวจ
 - ➔ ตรวจสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเองแล้ว ใช่ ไม่ใช่
- ประจำเดือนมาไม่ปกติ
- ปวดท้องเวลามีประจำเดือน
- คันบริเวณปากช่องคลอด
- ปวดท้องน้อย
- อยากปรึกษาเรื่องการมีลูกยาก
- อื่นๆ ()

เกี่ยวกับการมีประจำเดือน

ประจำเดือนมาครั้งแรกตอนอายุเท่าไร	อายุ ปี
ประจำเดือนมาครั้งล่าสุดเมื่อไหร่	วันที่ () เดือน () ปี () เป็นเวลากี่วัน () วัน
ประจำเดือนมาปกติใช่ไหม	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
เกี่ยวกับรอบประจำเดือน	ระยะห่างระหว่างรอบเดือน () วัน จำนวนวันที่ประจำเดือนมา () วัน
ปริมาณประจำเดือน	<input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> น้อย
ปวดประจำเดือน	<input type="checkbox"/> มี ➔ <input type="checkbox"/> รบกวนชีวิตประจำวัน <input type="checkbox"/> ปวดมากจนทนไม่ได้ <input type="checkbox"/> ปวดมากนิดหน่อย <input type="checkbox"/> ไม่มี
การกินยาแก้ปวด	<input type="checkbox"/> กินประจำ <input type="checkbox"/> ไม่กินเลย

いま
今までかかったことがあるについて

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

()

เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เคยเป็นจนถึงปัจจุบัน

กรุณาทำเครื่องหมาย ☑ ลงในช่องที่เหมาะสม

- โรคเนื้องอกมดลูก
- โรคซิสต์ถุงน้ำรังไข่
- โรคกระเพาะหรือลำไส้ ()
- โรคตับ ()
- โรคหัวใจ ()
- โรคไต ()
- โรคไทรอยด์ ()
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- โรคหืด

เคยป่วยเป็นโรคติดต่อ เคย ไม่เคย

- หนองในแท้ หนองในเทียม ซิฟิลิส
- หูดหนองไก่ โรคเริม
- พยาธิในช่องคลอด ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบีซี
- เอดส์ วัณโรค
- อื่นๆ ()

คุณเคยรับการผ่าตัดใช่หรือไม่? เคย ไม่เคย

เคยเมื่อ → (ปี ค.ศ. เดือน.....)

บริเวณร่างกายที่เคยผ่าตัด

()

คุณเคยได้รับเลือดใช่หรือไม่? เคย ไม่เคย

เคยเมื่อ → (ปี ค.ศ. เดือน.....)

เหตุผล

()

にんしん 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。

เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

1. ก่อนตั้งครรภ์

- เคยตั้งครรภ์มาก่อน เคย ไม่เคย
- ตั้งครรภ์มาแล้ว () ครั้ง , คลอดลูกมาแล้ว () ครั้ง

2. การคลอดลูก

กรุณากรอกข้อมูลเท่าที่ทราบลงในตารางด้านล่าง

	ปี ค.ศ.	เพศ	น้ำหนัก	คลอดเอง/ผ่าคลอด	รอดตาย/ตาย
1		<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	g	<input type="checkbox"/> คลอดเอง <input type="checkbox"/> ผ่าคลอด	<input type="checkbox"/> รอดตาย <input type="checkbox"/> ตาย
2		<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	g	<input type="checkbox"/> คลอดเอง <input type="checkbox"/> ผ่าคลอด	<input type="checkbox"/> รอดตาย <input type="checkbox"/> ตาย
3		<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	g	<input type="checkbox"/> คลอดเอง <input type="checkbox"/> ผ่าคลอด	<input type="checkbox"/> รอดตาย <input type="checkbox"/> ตาย
4		<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	g	<input type="checkbox"/> คลอดเอง <input type="checkbox"/> ผ่าคลอด	<input type="checkbox"/> รอดตาย <input type="checkbox"/> ตาย

3. เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้

ความต้องการของคุณคืออะไรบ้าง

- ใช้แอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ ใช่ ไม่ใช่
- รับเลือดได้ ได้ ไม่ได้
- เพศของแพทย์ ใช่ ไม่ใช่
- ช่วงเวลาสวดมนต์ขอพร ใช่ ไม่ใช่
- สถานที่สวดมนต์ขอพร ใช่ ไม่ใช่
- อื่นๆ ถ้ามี ใช่ ไม่ใช่

➡()

• คุณเคยแพ้ยาหรืออาหารหรือไม่

เคย ไม่เคย

➡ ยา ()

อาหาร ()

อื่นๆ ()

• ต้องการคลอดลูกในโรงพยาบาลแห่งนี้

ใช่ ไม่ใช่

※ แบบสอบถามนี้ จัดทำขึ้นโดยอ้างอิงมาจาก

“แบบสอบถามการรักษายาพยาบาลนานาชาติ (Tagengoiryou

monshinyou)”จัดทำโดยของสมาคมแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมนานาชาติคานา

กาว่า