

1

産婦人科でできること

(про що питають у лікарні та як заповнити бланк, який надають у лікарні при першому візиті)



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

Ім'я	
Дата народження	рік місяць день
Вік	років
Адреса	〒
Телефон	
Національність	
Мова спілкування	
Переклад	Потрібен Хто перекладає: Родич·Знайомий·Перекладач·Інше Не потрібен
Зріст	cm
Вага до вагітності	kg
Медичне страхування	Є (обов'язково мати при собі) Немає

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	ひらがながかける	ひらがながわかる
4	日常会話が	日常会話が	漢字もかける	漢字もわかる

Володіння японською мовою

Обведіть колом ○ Ваш рівень японської мови

	Вміння розмовляти	Рівень розуміння	Вміння писати	Вміння читати
1	Зовсім не можу розмовляти	Зовсім нічого не розумію	Зовсім не вмію писати	Зовсім не вмію читати
2	Можу сказати привітання	Розумію привітання	Можу трошки писати хірагану	Можу трошки читати хірагану
3	Можу підтримувати просту розмову	Розумію просту розмову	Можу писати хірагану	Можу читати хірагану
4	Можу спілкуватися на повсякденні теми	Розумію розмови на повсякденні теми	Можу писати ієрогліфи	Можу читати ієрогліфи

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 月 日	歳
一番最後の月経	年 月 日 から 日 間
月経は 順調 ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
月経周期について	日間周期 日間続く
量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
月経痛	<input type="checkbox"/> ある ➔ <input type="checkbox"/> 生活に支障がある <input type="checkbox"/> がまんできない <input type="checkbox"/> 多少ある <input type="checkbox"/> ない
痛み止め	<input type="checkbox"/> いつもつかう <input type="checkbox"/> つかわない

Фізичний стан

Що трапалося?
Відмітьте галочкою ☑ там, де це Вас стосується.

- Припинилися місячні
- Нудить
- Можливо вагітна
 - ➔ вже зробила тест так ні
- Нерегулярні місячні
- Під час місячних болять живіт
- Свербіння в інтимній зоні
- Біль у животі
- Хочу проконсультуватися щодо безпліддя
- Інше ()

Менструації

В якому віці почалася менструація?	років
Коли була остання менструація?	рік місяць день тривалість днів
Чи нормально проходить менструація?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
Менструальний цикл	тривалість циклу днів тривалість менструації днів
Об'єм менструальних виділень	<input type="checkbox"/> Багато <input type="checkbox"/> Як завжди <input type="checkbox"/> Мало
Менструальний біль	<input type="checkbox"/> Є ➔ <input type="checkbox"/> Завдає перешкоди в житті <input type="checkbox"/> Не можу терпіти <input type="checkbox"/> Легкий біль <input type="checkbox"/> Немає
Знеболювальні	<input type="checkbox"/> Завжди використовую <input type="checkbox"/> Не використовую

いま 今までかかったことがある病気について

あてはまる場所に☑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

()

Исторія захворювань

Відмітьте галочкою ☑ хвороби, якими Ви хворіли або хворісте.

- Міома матки
- Кіста яєчника
- Захворювання шлунково-кишкового тракту ()
- Хвороби печінки ()
- Серцеві хвороби ()
- Хвороби нирок ()
- Захворювання щитовидної залози()
- Високий кров'яний тиск
- Цукровий діабет
- Астма

Інфекційні захворювання так ні

- гонорея хламідіоз сифіліс
- гострокінцеві кондиломи генітальний герпес
- трихомонади гепатит В гепатит С
- ВІЛ туберкульоз
- Інше ()

Чи були в Вас операції? Так Ні

Якщо так ➡ рік місяць

На що була операція

()

Чи робили Вам коли-небудь переливання крові?

Так Ні

Якщо так ➡ рік місяць

Причина

()

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。

Bagitnitsya

1. Попередні вагітності

- Чи є історія вагітностей? так ні
- Скільки разів була вагітність () раз
Скільки разів були пологи () раз

2. Пологи

Заповніть настільки, наскільки знаєте.

	Рік	Стать	Вага	Звичайні пологи або кесарів розтин	Жива або мертва дитина
1		<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	g	<input type="checkbox"/> звичайні <input type="checkbox"/> кесарів розтин	<input type="checkbox"/> жива <input type="checkbox"/> мертва
2		<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	g	<input type="checkbox"/> звичайні <input type="checkbox"/> кесарів розтин	<input type="checkbox"/> жива <input type="checkbox"/> мертва
3		<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	g	<input type="checkbox"/> звичайні <input type="checkbox"/> кесарів розтин	<input type="checkbox"/> жива <input type="checkbox"/> мертва
4		<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	g	<input type="checkbox"/> звичайні <input type="checkbox"/> кесарів розтин	<input type="checkbox"/> жива <input type="checkbox"/> мертва

3. Ця вагітність

Чи є якісь з наступних побажань?

- Використання спиртової дезінфекції так ні
- Переливання крові так ні
- Побажання щодо статі лікаря так ні
- Необхідність часу для молитви так ні
- Необхідність місця для молитви так ні
- Інші побажання так ні

➡()

• Чи є алергії на ліки або їжу?
 так ні

➡ ліки ()

їжа ()

інше ()

• Чи бажаєте народити дитину в нашій лікарні?
 так ні

※Ми зробили цю форму опросника на основі

«Мультимовної медичної форми», яка була зроблена

НПО Міжнародного обміну Хаті Конандай та

Міжнародним Фондом Канагава.