

妇产科问诊表

さん ふ じん か もん しん ひょう
産婦人科問診票

中文
ちゅうごくご
中国語

请在符合 您的状况的项目处打上记号 あるいはまるものにチェックしてください

年 年 月 月 日 日

姓名 名前		<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
出生年月日 生年月日	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日	电话 電話	
住址 住所			
是否持有健康保险 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
国籍 国籍		语言 言葉	
身高 身長	_____ cm	体重 体重	_____ kg

有何症状? どうしましたか	
<input type="checkbox"/> 怀孕 妊娠	<input type="checkbox"/> 月经异常 月経の異常
<input type="checkbox"/> 阴道异常出血 不正性器出血	<input type="checkbox"/> 息肉 ポリープ
<input type="checkbox"/> 子宫肌瘤 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 癌症检查 がん検診
<input type="checkbox"/> 白带 おりもの	<input type="checkbox"/> 卵巢囊肿 卵巣の腫瘍
<input type="checkbox"/> 下腹部疼痛 下腹部が痛い	<input type="checkbox"/> 外阴瘙痒 性器のかゆみ
<input type="checkbox"/> 不孕 不妊症	<input type="checkbox"/> 贫血 貧血
<input type="checkbox"/> 其他 その他	
有关月经的既往史 生理について	
初潮年齢 初めて生理があったのはいつですか	_____ 岁 才
闭经年齢 閉経はいつですか	_____ 岁 才
月经是否规律 生理は順調ですか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
一个周期 周期について	<input type="checkbox"/> 28天 28日型 <input type="checkbox"/> 30天 30日型 <input type="checkbox"/> _____ 天 日型 <input type="checkbox"/> 无规律 不順
持续时间 生理の期間について	_____ 天 日間
月经量 生理の量について	<input type="checkbox"/> 多 多い <input type="checkbox"/> 一般 普通 <input type="checkbox"/> 少 少ない
是否痛经 生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
最后一次月经 最終月経は	_____ 月 月 _____ 日 日
是否有性经验? 性交経験はありますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
妊娠史 妊娠、分娩について	
<input type="checkbox"/> 怀孕 妊娠 _____ 次 回	
<input type="checkbox"/> 分娩 分娩 _____ 次 回	<input type="checkbox"/> 顺产 正常分娩 _____ 次 回
<input type="checkbox"/> 难产 異常分娩 _____ 次 回	<input type="checkbox"/> 早产 早産する _____ 次 回
<input type="checkbox"/> 流产 流産 _____ 次 回	<input type="checkbox"/> 剖腹产 帝王切開 _____ 次 回
<input type="checkbox"/> 自然流产 自然流産 _____ 次 回	<input type="checkbox"/> 人工流产 人工流産 _____ 次 回
<input type="checkbox"/> 宫外孕 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> 葡萄胎 胎状奇胎
如果您是孕妇,是否希望在本院分娩? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否有药物或食物过敏史 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 食べ物 <input type="checkbox"/> 其他 その他 <input type="checkbox"/> 无 いいえ
是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> 是 はい	如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 否 いいえ
是否接受过癌症检查 がん検診を受けたことがありますか	
<input type="checkbox"/> 有 はい	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日 <input type="checkbox"/> 无 いいえ

以前是否患过以下疾病？^{いま} 今までにかかった病氣^{びょうき}はありますか

- | | | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腸胃病 ^{いちよう びょうき} 胃腸の病氣 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 ^{かんぞう びょうき} 肝臓の病氣 | <input type="checkbox"/> 心脏病 ^{しんぞう びょうき} 心臓の病氣 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 ^{じんぞう びょうき} 腎臓の病氣 |
| <input type="checkbox"/> 結核病 ^{けっかく} 結核 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 ^{とうようびょう} 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 哮喘 ^{ぜんそく} ぜんそく | <input type="checkbox"/> 高血压 ^{こうけつあつしやう} 高血压症 |
| <input type="checkbox"/> 艾滋病 ^{エイズ} エイズ | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 ^{こうじょうせん びょうき} 甲状腺の病氣 | <input type="checkbox"/> 性病 ^{せいびやう} 性病 | <input type="checkbox"/> 其他 ^た その他 |

是否接受过手术治疗？^{しゆじゆつ ちゆう} 手術を受けたことがありますか

是 はい 否 いいえ

是否接受过输血？^{ゆけつ ちゆう} 輸血を受けたことがありますか

是 はい 否 いいえ

家族病史 ^{かぞく びやうれき} 家族の病歴

	年齢 ^{ねんれい} 年齢	健康 ^{けんこう} 健康	不健康 ^{けんこう} 健康ではない	遗传病 ^{いでんびやう} 遺伝病	高血压病 ^{こうけつあつ} 高血压	糖尿病 ^{とうようびやう} 糖尿病	癌症 ^{がん} がん
父亲 ^{ちち} 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母亲 ^{はは} 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄弟 ^{きやうだい} 兄弟	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
姐妹 ^{しまい} 姉妹	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
丈夫 ^{おとこ} 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子女 ^{こども} 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

今后能否自带翻译来院就诊？^{こんご づうやく じぶん っ} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

是 はい 否 いいえ

<2/2ページ>