

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

さん ふ じん か もんしんひょう
産婦人科問診票

español
スペイン語

Señale los síntomas con あてはまるものにチェックしてください

año 年

mes 月

día 日

Nombre 名前		<input type="checkbox"/> Hombre 男	<input type="checkbox"/> Mujer 女
Fecha de nacimiento: 生年月日	_____ año 年 _____ mes 月 _____ día 日	Teléfono 電話	
Dirección 住所			
¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ		
Nacionalidad 国籍		Idioma 言葉	
Estatura 身長	_____ cm	Peso 体重	_____ kg

¿Qué le ha pasado? どうしましたか

<input type="checkbox"/> embarazo 妊娠	<input type="checkbox"/> menstruación irregular 月経の異常	<input type="checkbox"/> flujo おりもの	<input type="checkbox"/> dolor en el bajo vientre 下腹部が痛い
<input type="checkbox"/> hemorragia vaginal fuera de período 不正性器出血	<input type="checkbox"/> pólipo ポリープ	<input type="checkbox"/> quiste de ovario 卵巣の腫瘍	
<input type="checkbox"/> picazón en los órganos genitales 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> mioma de útero 子宮筋腫		
<input type="checkbox"/> reconocimiento del cáncer がん検診	<input type="checkbox"/> infertilidad 不妊症	<input type="checkbox"/> anemia 貧血	<input type="checkbox"/> otros その他

Sobre su menstruación 生理について

su primera menstruación 初め生理があったのはいつですか	edad _____ 才
¿Cuándo entró en la menopausia? 閉経はいつですか	edad _____ 才
¿Tiene menstruaciones regulares? 生理は順調ですか	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ
Ciclo 周期について	<input type="checkbox"/> 28 días 28日型 <input type="checkbox"/> 30 días 30日型 <input type="checkbox"/> _____ días 日型 <input type="checkbox"/> irregular 不順
Duración de la menstruación 生理の期間について	_____ días 日間
Cantidad de menstruación 生理の量について	<input type="checkbox"/> mucho 多い <input type="checkbox"/> normal 普通 <input type="checkbox"/> poco 少ない
¿Tiene dolores menstruales? 生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ
¿Cuándo tuvo la última menstruación? 最終月経は	_____ mes 月 _____ día 日
¿Ha tenido relaciones sexuales? 性交経験はありますか	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ

Preguntas con relación a embarazos y partos 妊娠した回数

<input type="checkbox"/> embarazo 妊娠 _____ veces 回	
<input type="checkbox"/> partos 分娩 _____ veces 回	<input type="checkbox"/> parto normal 正常分娩 _____ veces 回 <input type="checkbox"/> parto anormal 異常分娩 _____ veces 回
<input type="checkbox"/> aborto 流産 _____ veces 回	<input type="checkbox"/> aborto natural 自然流産 _____ veces 回 <input type="checkbox"/> aborto provocado 人工流産 _____ veces 回
<input type="checkbox"/> otros その他	<input type="checkbox"/> embarazo extrauterino 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> embrión deforme espumajoso 胎状奇胎

¿Si usted está embarazada, quiere dar a luz en este hospital? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか

sí はい no いいえ

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

sí はい → medicina 薬 alimentos 食べ物 otros その他 no いいえ

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在飲んでる薬はありますか

sí はい → Si los tiene muéstrellos. 持っていれば見せてください no いいえ

¿Se ha hecho la prueba del cáncer? がん検診を受けたことがありますか

sí はい → _____ año 年 _____ mes 月 _____ día 日 no いいえ

¿Qué enfermedades ha padecido? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

enfermedad gastrointestinal いちょう びょうき 胃腸の病気
 enfermedad del hígado かんぞう びょうき 肝臓の病気
 enfermedad cardíaca しんぞう びょうき 心臓の病気
 enfermedad nefrítica riñones じんぞう びょうき 腎臓の病気
 tuberculosis けっかく 結核
 diabetes とうにようびょう 糖尿病
 asma ぜんそく ぜんそく
 hipertensión arterial こうけつあつしやう 高血圧症
 SIDA エイズ エイズ
 tiroides こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気
 sífilis せいびなう 梅毒
 otros た その他

¿Le han operado alguna vez? しゆじゆつ う 手術を受けたことがありますか sí はい no いいえ

¿Ha recibido transfusión de sangre alguna vez? ゆけつ う 輸血を受けたことがありますか sí はい no いいえ

En su familia かぞく びょうれき 家族の病歴

	Edad <small>ねんれい</small> 年齢	Vivo <small>けんこう</small> 健康	Fallecido <small>けんこう 健康ではない</small>	Enfermedad hereditaria <small>いでんびょう</small> 遺伝病	Hipertensión <small>こうけつあつ</small> 高血圧	Diabetes <small>とうにようびょう</small> 糖尿病	Cáncer <small>がん</small>
Padre <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre <small>はは</small> 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano <small>きょうだい</small> 兄弟	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana <small>しまい</small> 姉妹	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marido <small>おと</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos <small>こども</small> 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Puede venir al hospital desde la próxima consulta con alguien que le pueda ayudar en la traducción? こんご づうやく じぶん 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

sí はい no いいえ