

قسم النسائية والتوليد

産婦人科問診票

العربية

アラビア語

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

さんふじんかもんしんひょう

سنة

ねん

شهر

がつ

يوم

にち

| | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| الاسم なまえ 名前 | | <input type="checkbox"/> ذكر男 おとこ | <input type="checkbox"/> أنثى女 おんな |
| تاريخ الميلاد せいねんがっぴ 生年月日 | سنة ねん 年 | شهر がつ 月 | يوم にち 日 |
| العنوان じゅうしょ 住所 | الهاتف でんわ | | |
| هل لديك تأمين صحي؟ けんこうほけんも 健康保険を持っていますか? | <input type="checkbox"/> نعم はい | <input type="checkbox"/> لاいいえ | |
| الجنسية ごせき 国籍 | اللغة ことば | | |

ما الذي تعاني منه؟ どうしましたか

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 妊娠 حامل にんしん はまいる | <input type="checkbox"/> دوره شهريه غير منتظمه ふせいせいきしきゅうめい | <input type="checkbox"/> 月经の異常 げつきの いじょう | <input type="checkbox"/> إفرازات مهبليه おりもの | <input type="checkbox"/> ألم في أسفل البطن かぶくぶいた |
| <input type="checkbox"/> نزيف خفيف غير منتظم ふせいせいきしきゅうめい | <input type="checkbox"/> ورم في الغشاء المخاطي ポリープ | <input type="checkbox"/> حكة مهبليه かっかく | <input type="checkbox"/> 卵巢のう腫瘍 らんそう しゅよう | <input type="checkbox"/> انتفاخ المبيض けんしん |
| <input type="checkbox"/> 性器のかゆみ せいけいのかゆみ | <input type="checkbox"/> ورم في الرحم しきゅうきんしゅ | <input type="checkbox"/> عدم حمل ふにんしょう | <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 けいきんしゅ | <input type="checkbox"/> فحص سلطان がん検診 |
| <input type="checkbox"/> 不妊症 ふにんしょう | <input type="checkbox"/> الأنيميا 貧血 ひんけつ | <input type="checkbox"/> غير ذلك た | <input type="checkbox"/> その他 それ | |

حول الدورة الشهرية 生理について

| | | |
|--|---|---|
| متى كانت أول دورة شهرية لديك؟ はじめて生理があったのはいつですか | <input type="checkbox"/> 28 يوم 30 يوم 30 يوم | <input type="checkbox"/> العمر さい العمر さい |
| متى كان انقطاع الطمث لديك؟ 閉経はいつですか | | |
| هل دورتك الشهرية منتظمة؟ 生理は順調ですか | <input type="checkbox"/> نعم はい | <input type="checkbox"/> لاいいえ |
| الفترة 周期について | <input type="checkbox"/> 28 يوم 30 يوم 30 يوم | <input type="checkbox"/> غير منتظمة ふじゅん 不順 |
| آخر فترة 生理の期間について | <input type="checkbox"/> يوم にちかた 間 じまん | |
| كمية الدورة 生理の量について | <input type="checkbox"/> كثيرة おお多い اعتيادية ふつう | <input type="checkbox"/> خفيفة すく少ない |
| هل تعانين من آية آلام أثناء الدورة؟ 生理痛はありますか | | |
| متى كانت آخر دورة لك؟ 最終月経は | <input type="checkbox"/> شهر がつ يوم にち | |

تاريخ الحمل
妊娠した回数

| | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> حمل حمل | <input type="checkbox"/> مرات かい | <input type="checkbox"/> حمل خارج الرحم しきゅうかいにんしん | <input type="checkbox"/> كتلة خبيثة في الرحم ぼうじょうきたい |
| <input type="checkbox"/> 分娩 りゅうざん | <input type="checkbox"/> مرات かい | <input type="checkbox"/> ولادة عادية せいじょうぶんべん | <input type="checkbox"/> ولادة غير عادية かわい |
| <input type="checkbox"/> 流產 りゅうざん | <input type="checkbox"/> مرات かい | <input type="checkbox"/> اسقاط صناعي じんこうりゅうざん | <input type="checkbox"/> اسقاط طبيعي じんごうりゅうざん |
| <input type="checkbox"/> 其他 その他 | | <input type="checkbox"/> 人工流產 じんこうりゅうざん | <input type="checkbox"/> مرات かい |

| | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|
| هل تريدين الولادة في هذا المستشفى؟ 妊娠の方は当院での出産を希望しますか | <input type="checkbox"/> نعم はい | <input type="checkbox"/> لاいいえ |
| هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか | | |

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> طعام くすり | <input type="checkbox"/> دواء たもの | <input type="checkbox"/> غير ذلك その他 | <input type="checkbox"/> نعم はい | <input type="checkbox"/> لاいいえ |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|

هل تتناولين أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟
現在飲んでる薬はありますか

إذا كان لديك أية أدوية يرجى عرضها علينا →
もみ持つていれば見せてください →
 نعم
はい لاいいえ

هل سبق أن قمت بفحص بخصوص السرطان؟
がん検診を受けたことがありますか

نعم
はい →
سنة
ねん 年

هل أصابك أي مرض في الماضي؟
今までにかかった病気はありますか

| | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 いちらう びょうき | <input type="checkbox"/> اضطرابات بالمعدة والأمعاء かんそく びょうき | <input type="checkbox"/> أمراض الكبد かんそく びょうき | <input type="checkbox"/> أمراض القلب しんぞう びょうき |
| <input type="checkbox"/> 肾臟的病氣 じんぞう びょうき | <input type="checkbox"/> تدرن けつらん | <input type="checkbox"/> سكري とうり | <input type="checkbox"/> 心臓の病氣 じんぞう びょうき |
| <input type="checkbox"/> 高血压症 こうけつあつしょう | <input type="checkbox"/> 結核 けつねく | <input type="checkbox"/> 糖尿病 とうりょうびょう | <input type="checkbox"/> 肝臟的病氣 かんぞう びょうき |
| <input type="checkbox"/> 高血压症 こうけつあつしょう | <input type="checkbox"/> أيدز エイズ | <input type="checkbox"/> مشاكل غدة درقية こうじょうせん びょうき | <input type="checkbox"/> 甲状腺的病氣 とうりょうせん びょうき |
| <input type="checkbox"/> 其他 その他 | | <input type="checkbox"/> مرض تناسلي ぜんそく | <input type="checkbox"/> 性病 せいびょう |

| هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟ 手術を受けたことがありますか | | | | | | <input type="checkbox"/> نعم はい | <input type="checkbox"/> لا いいえ |
|---|---------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| هل سبق أن تم إجراء نقل دم لك؟ 輸血を受けたことがありますか | | | | | | <input type="checkbox"/> نعم はい | <input type="checkbox"/> لا いいえ |
| تاريخ الحالة المرضية للعائلة: اذكر العمر ثم أشر على أيه أمراض كانت في عائلتك بعلامة かぞく びょうれき 家族の病歴 | | | | | | | |
| | العمر ねんねい 年齢 | بصحة جيدة けんこう 健康 | ليس بصحة جيدة けんこう 健康ではない | مرض وراثي いわんびょう 遺伝病 | ضغط دم عالي こうけつあつ 高血圧 | سكري とうじょうびょう 糖尿病 | سرطان がん |
| الأب 父 | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| الأم 母 | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| الأخوة 兄弟 | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| الأخوات 姉妹 | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| الزوج 夫 | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| الأولاد 子ども | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> نعم はい <input type="checkbox"/> لا いいえ | | | | | | | |

⟨2/2ページ⟩