

قسم النسائية والتوليد

産婦人科問診票

العربية
アラビア語

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة

شهر

يوم

الاسم 名前			<input type="checkbox"/> ذكر 男	<input type="checkbox"/> أنثى 女
تاريخ الميلاد 生年月日	سنة 年	شهر 月	يوم 日	الهاتف 電話
العنوان 住所				
هل لديك تأمين صحي؟ 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 国籍	اللغة 言葉			

ما الذي تعاني منه؟
どうしましたか

حامل
妊娠

نزيف خفيف غير منتظم
不正性器出血

حكة مهبلية
性器のかゆみ

عدم حمل
不妊症

دورة شهرية غير منتظمة
月経の異常

ورم في الغشاء المخاطي
ポリープ

ورم في الرحم
子宮筋腫

غير ذلك
その他

ألم في أسفل البطن
かぶぶ 下腹部が痛い

انتفاخ المبيض
卵巣のう腫瘍

فحص سرطان
がん検診

حول الدورة الشهرية
生理について

متى كانت أول دورة شهرية لديك؟
初めて生理があったのはいつですか

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

الفترة
周期について

آخر فترة
生理の期間について

كمية الدورة
生理の量について

هل تعاني من أية آلام أثناء الدورة؟
生理痛はありますか

متى كانت آخر دورة لك؟
最終月経は

تاريخ الحمل
妊娠した回数

حمل
妊娠

ولادة
分娩

إسقاط
流産

غير ذلك
その他

ولادة عادية
正常分娩

إسقاط طبيعي
自然流産

حمل خارج الرحم
子宮外妊娠

ولادة غير عادية
異常分娩

إسقاط صناعي
人工流産

كتلة خبيثة في الرحم
嚢状奇胎

هل تريدان الولادة في هذا المستشفى؟
妊娠の方は当院での出産を希望しますか

هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟
薬や食べ物でアレルギーが出ますか

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

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

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

اضطرابات بالمعدة والأمعاء
胃腸の病気

أمراض الكلى
腎臓の病気

ضغط دم عالي
高血圧症

غير ذلك
その他

أمراض الكبد
肝臓の病気

تدرن
結核

إيدز
エイズ

أمراض القلب
心臓の病気

سكري
糖尿病

مشاكل غدة درقية
甲状腺の病気

ربو
ぜんそく

مرض تناسلي
性病

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 أية أمراض كانت في عائلتك بعلامة 家族の病歴							
	العمر 年齢	بصحة جيدة 健康	ليس بصحة جيدة 健康ではない	مرض وراثي 遺伝病	ضغط دم عالي 高血圧	سكري 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〉