

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 あて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	

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"/> 白带 おりもの	<input type="checkbox"/> 下腹部疼痛 下腹部が痛い
<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"/> 卵巢囊肿 卵巣のう腫瘍	<input type="checkbox"/> 外阴瘙痒 性器のかゆみ
<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"/> 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 日簡		
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		
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"/> 剖腹产 帝王切開 _____ 次 回		
	<input type="checkbox"/> 其他 その他		
<input type="checkbox"/> 流产 流産 _____ 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? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 结核病 結核	<input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病	<input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症
<input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 性病 性病	<input type="checkbox"/> 其他 その他

是否接受过手术治疗？ <small>手術を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> 是 はい		<input type="checkbox"/> 否 いいえ			
是否接受过输血？ <small>輸血を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> 是 はい		<input type="checkbox"/> 否 いいえ			
家族病史 <small>家族の病歴</small>							
	年齢 <small>ねんれい</small> 年齢	健康 <small>けんこう</small> 健康	不健康 <small>けんこう</small> 健康ではない	遗传病 <small>いでんびょう</small> 遺伝病	高血压病 <small>こうけつあつ</small> 高血圧	糖尿病 <small>とうにょうびょう</small> 糖尿病	癌症 <small>がん</small> がん
父亲 <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母亲 <small>はは</small> 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄弟 <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"/>
姐妹 <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"/>
丈夫 <small>おっと</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子女 <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"/>
今后能否自带翻译来院就诊？ <small>今後、通訳を自分で連れてくることができますか</small>							
<input type="checkbox"/> 是 はい		<input type="checkbox"/> 否 いいえ					

<2/2ページ>