

## PORODILJSTVO I GINEKOLOGIJA

さんふじんかもんしんひょう  
産婦人科問診票Hrvatski  
クロアチア語Povjerite  sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina 年 Mjesec 月 Dan 日

Prezime i ime 名前		<input type="checkbox"/> Muškarac 男	<input type="checkbox"/> Žena 女
Datum rođenja 生年月日	Godina 年 Mjesec 月 Dan 日	Telefon 電話	
Adresa 住所			
Imate li zdravstveno osiguranje? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Državljanstvo 国籍		Jezik 言葉	
Visina 身長	cm	Težina 体重	kg

Simptomi どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Trudnoća 妊娠	<input type="checkbox"/> Neredovna menstruacija 月経の異常	<input type="checkbox"/> Vaginalni iscjedak おりもの	
<input type="checkbox"/> Bol u donjem dijelu trbuha 下腹部が痛い	<input type="checkbox"/> Neredovito krvarenje spolnih organa 不正性器出血		
<input type="checkbox"/> Polip ポリープ	<input type="checkbox"/> Apsces jajnika 卵巣のう腫瘍	<input type="checkbox"/> Vaginalni svrab 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> Fibrom uterusa(maternice) 子宮筋腫
<input type="checkbox"/> Papanicolauov test がん検診	<input type="checkbox"/> Sterilnost 不妊症	<input type="checkbox"/> Anemija 貧血	<input type="checkbox"/> Drugi その他
O menstruaciji 生理について			
Kada ste dobili vašu prvu menstruaciju? 初めて生理があったのはいつですか	_____ Godine 才		
Kada je započela vaša menopauza? 閉経はいつですか	_____ Godine 才		
Da li je menstruacija redovna? 生理は順調ですか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ		
Razmak(Interval) 周期について	<input type="checkbox"/> 28dana 28日型	<input type="checkbox"/> 30dana 30日型	<input type="checkbox"/> _____ dana 日型 <input type="checkbox"/> neredovno 不順
Menstruacije traju 生理の期間について	_____ dana. 日間		
Jačina krvarenja 生理の量について	<input type="checkbox"/> Puno 多い	<input type="checkbox"/> Normalno 普通	<input type="checkbox"/> Malo 少ない
Da li su menstruacije bolne? 生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ		
Datum početka vaše posljednje menstruacije? 最終月経は	_____ Mjeseca 月 _____ Dana 日		
Jeste li imali spolne odnose? 性交経験はありますか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ		
Povijest trudnoće 妊娠した回数			
<input type="checkbox"/> Trudnoća 妊娠 _____ Puta 回			
<input type="checkbox"/> Rođenje 分娩 _____ Puta 回	<input type="checkbox"/> Normalno 正常分娩 _____ Puta 回	<input type="checkbox"/> Abnormalno 異常分娩 _____ Puta 回	
<input type="checkbox"/> Pobačaj 流産 _____ Puta 回	<input type="checkbox"/> Spontani 自然流産 _____ Puta 回	<input type="checkbox"/> Umjetni 人工流産 _____ Puta 回	
<input type="checkbox"/> Drugi その他	<input type="checkbox"/> Izvanmaterična trudnoća 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> Hidatidna mola 胎状奇胎	
Želite li obaviti porođaj u ovaj bolnici? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ		
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Lijek 薬	<input type="checkbox"/> Jelo 食べ物	<input type="checkbox"/> Drugi その他 <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Uzimate li lijek sada? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Da はい	Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Da li ste imali papanicolauov test? がん検診を受けたことがありますか			
<input type="checkbox"/> Da はい	_____ Godina 年 _____ Mjesec 月 _____ Mjesec 日	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	

&lt;1/2ページ&gt;

Kakve ste bolesti imali ranije? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

- Želučana i crijevna bolest いちょう びょうき 胃腸の病気
  Bolest jetre かんぞう びょうき 肝臓の病気
  Srčana bolest しんぞう びょうき 心臓の病気  
 Bubrežna bolest じんぞう びょうき 腎臓の病気
  Tuberkuloza けっかく 結核
  Šećerna bolest とうようびょう 糖尿病
  Astma ぜんそく ぜんそく  
 Visoki krvni tlak こうけつあつしょう 高血圧症
  SIDA エイズ エイズ
  Bolest štitne žlijezde こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気  
 Spolna bolest せいびょう 性病
  Drugi その他 その他

Da li ste imali operaciju? しゅじゅつ う 手術を受けたことがありますか  Da はい  Ne いいえ

Da li ste dobili transfuziju krvi? ゆけつ う 輸血を受けたことがありますか  Da はい  Ne いいえ

Medicinska povijest porodice: Navedite godine članova vaše obitelji i označite bolesti od kojih su bolovali. かぞく びょうれき 家族の病歴

	Godina <small>ねんれい</small> 年齢	Zdrav <small>けんこう</small> 健康	Bolestan <small>けんこう ではない</small> 健康ではない	Nasljedna bolest <small>いでんびょう</small> 遺伝病	Visoki krvni tlak <small>こうけつあつ</small> 高血圧	Šećerna bolest <small>とうようびょう</small> 糖尿病	Rak <small>がん</small> がん
Otac <small>ちち</small> 父	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majka <small>はは</small> 母	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braća <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"/>
Sestre <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"/>
Muž <small>おと</small> 夫	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Djeca <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"/>

Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? こんご づうやく じぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Da はい  Ne いいえ