

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE

さん ふ じん か もんしんひょう
産婦人科問診票

français
フランス語

Cochez la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年

Mois 月

Jour 日

Nom 名前		<input type="checkbox"/> Homme 男	<input type="checkbox"/> Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか			
<input type="checkbox"/> grossesse 妊娠	<input type="checkbox"/> règles irrégulières 月経の異常	<input type="checkbox"/> écoulement vaginal おりもの	
<input type="checkbox"/> douleur dans le bas du ventre 下腹部が痛い	<input type="checkbox"/> saignements irrégulières 不正性器出血	<input type="checkbox"/> polypes ポリープ	
<input type="checkbox"/> kyste de l'ovaire 卵巣の腫瘍	<input type="checkbox"/> démangeaisons vaginales 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> fibrome utérin 子宮筋腫	
<input type="checkbox"/> dépistage du cancer がん検診	<input type="checkbox"/> stérilité 不妊症	<input type="checkbox"/> anémie 貧血	<input type="checkbox"/> autres その他
Concernant la menstruation (règles) 生理について			
Quand avez-vous eu vos premières règles? 初めて生理があったのはいつですか		Age _____ ans 才	
Quand avez-vous été ménopausée? 閉経はいつですか		Age _____ ans 才	
Vos règles sont-elles régulières? 生理は順調ですか		<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ	
Durée du cycle menstruel 周期について	<input type="checkbox"/> 28 jours 28日型	<input type="checkbox"/> 30 jours 30日型	<input type="checkbox"/> _____ jours 日型 <input type="checkbox"/> règles irrégulières 不順
Durée des règles 生理の期間について		_____ jours 日間	
Volume des pertes menstruelles 生理の量について		<input type="checkbox"/> important 多い	<input type="checkbox"/> moyen 普通 <input type="checkbox"/> faible 少ない
Menstruation douloureuse 生理痛はありますか		<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ	
Vos dernières règles datent de 最終月経は		_____ mois 月 _____ jour 日	
Expérience de grossesse 妊娠した回数			
<input type="checkbox"/> grossesse 妊娠 _____ fois 回			
<input type="checkbox"/> accouchement 分娩 _____ fois 回 → <input type="checkbox"/> normal 正常分娩 _____ fois 回 <input type="checkbox"/> anormal 異常分娩 _____ fois 回			
<input type="checkbox"/> avortement spontané 流産 _____ fois 回 → <input type="checkbox"/> avortement naturel 自然流産 _____ fois 回 <input type="checkbox"/> avortement artificiel 人工流産 _____ fois 回			
<input type="checkbox"/> autres その他 <input type="checkbox"/> grossesse extra-utérine 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> Môle hydatiforme (grossesse molaire) 胎状奇胎			
Vous désirez accoucher dans cet hôpital? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか		<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ	
Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → <input type="checkbox"/> médicaments 薬 <input type="checkbox"/> aliments 食べ物 <input type="checkbox"/> autres その他		<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → Si vous en avez, montrez les moi. 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Avez-vous déjà passé un examen de dépistage du cancer? がん検診を受けたことがありますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → _____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日		<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> maladie hépatique 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> maladie cardiaque 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> maladie rénale 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberculose 結核	<input type="checkbox"/> diabète 糖尿病	<input type="checkbox"/> asthme ぜんそく
<input type="checkbox"/> hypertension 高血圧症	<input type="checkbox"/> SIDA エイズ	<input type="checkbox"/> problème thyroïdien 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> maladies vénériennes 性病
<input type="checkbox"/> autres その他			

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? 手術 <small>しゅじゅつ</small> を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Oui はい		<input type="checkbox"/> Non いいえ			
Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine ? 輸血 <small>ゆけつ</small> を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Oui はい		<input type="checkbox"/> Non いいえ			
Curriculum vitae médical de la famille : Ecrivez l'âge des membres de la famille dans () et cochez la case correspondante. 家族 <small>かぞく</small> の病歴 <small>びょうれき</small>							
	âge 年齢 <small>ねんれい</small>	bonne santé 健康 <small>けんこう</small>	maladie héréditaire 健康ではない	maladie héréditaire 遺伝病 <small>いでんびょう</small>	hypertension 高血圧 <small>こうけつあつ</small>	diabète 糖尿病 <small>とうにょうびょう</small>	cancer がん
père 父 <small>ちち</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mère 母 <small>はは</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frères 兄弟 <small>きょうだい</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sœurs 姉妹 <small>しまい</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mari 夫 <small>おと</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfants 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? 今後、通訳 <small>こうご づうやく</small> を自分で連れてくることができますか							
<input type="checkbox"/> Oui はい		<input type="checkbox"/> Non いいえ					

〈2/2ページ〉