

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE

さん ぶ 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	
Taille 身長	_____ cm	Poids 体重	_____ kg

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 卵巣のう腫瘍	<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"/> 28jours 28日型 <input type="checkbox"/> 30jours 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	
Avez-vous déjà eu des rapports sexuels? 性交経験はありますか		<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ	
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) 胞状奇胎			
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 いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

maladie gastrique et intestinale いちょう びょうき 胃腸の病気
 maladie hépatique かんぞう びょうき 肝臓の病気
 maladie cardiaque しんぞう びょうき 心臓の病気
 maladie rénale じんぞう びょうき 腎臓の病気
 tuberculose けっかく 結核
 diabète とうりょうびょう 糖尿病
 hypertension こうけつあつしやう 高血圧症
 SIDA エイズ エイズ
 problème thyroïdien こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気
 maladies vénériennes せいびょう 性病
 autres た その他

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? しゆじゆつ う 手術を受けたことがありますか Oui はい Non いいえ

Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine ? ゆけつ う 輸血を受けたことがありますか Oui はい Non いいえ

Curriculum vitae médical de la famille : Ecrivez l'âge des membres de la famille dans () et cochez la case correspondante. かぞく びょうれき 家族の病歴

	âge <small>ねんい</small> 年齢	bonne santé <small>けんこう</small> 健康	maladie héréditaire <small>けんこう 健康ではない</small>	maladie héréditaire <small>いでんびょう</small> 遺伝病	hypertension <small>こうけつあつ</small> 高血圧	diabète <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病	cancer <small>がん</small>
père <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mère <small>はは</small> 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frères <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"/>
sœurs <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"/>
mari <small>おと</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfants <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"/>

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? こんご つうやく じぶん 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Oui はい Non いいえ