

FRAUENHEILKUNDE u GEBURTSHILFE

さん ふ じん か もんしんひょう
産婦人科問診票

Deutsch
ドイツ語

Bitte alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください

ねん
Jahr 年

がつ
Monat 月

にち
Tag 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年	_____ Monat 月	_____ Tag 日	Tel 電話
Anschrift 住所				
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Ja はい		<input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Staatsangehörigkeit 国籍			Sprache 言葉	
Größe 身長	_____ cm	Gewicht 体重	_____ kg	

Grund des Arztbesuchs どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft 妊娠	<input type="checkbox"/> Menstruationsstörung 月経の異常	<input type="checkbox"/> Ausfluss おりもの	
<input type="checkbox"/> Schmerzen im unteren Bauchbereich 下腹部が痛い	<input type="checkbox"/> unregelmässige Vaginalblutung 不正性器出血		
<input type="checkbox"/> Polyp ポリープ	<input type="checkbox"/> Eierstockzyste 卵巣のう腫瘍	<input type="checkbox"/> Vaginaljuckreiz 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> Uterusmyom 子宮筋腫
<input type="checkbox"/> Krebsvorsorge がん検診	<input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit 不妊症	<input type="checkbox"/> Blutarmut 貧血	<input type="checkbox"/> Sonstiges その他
Angaben zur Menstruation 生理について			
In welchem Alter setzte die Periode erstmals ein? 初めて生理があったのはいつですか		Alter _____ 才	
In welchem Alter setzte die Menopause ein? 閉経はいつですか		Alter _____ 才	
Ist die Menstruation regelmässig? 生理は順調ですか		<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Abstand 周期について	<input type="checkbox"/> 28Tage 28日型	<input type="checkbox"/> 30Tage 30日型	<input type="checkbox"/> _____ Tage 日型 <input type="checkbox"/> unregelmässig 不順
Dauer 生理の期間について	_____ Tage. 日間		
Stärke der Blutung 生理の量について	<input type="checkbox"/> stark 多い	<input type="checkbox"/> normal 普通	<input type="checkbox"/> schwach 少ない
Haben Sie Schmerzen während der Periode? 生理痛はありますか		<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Die letzte Periode dauerte 最終月経は		_____ Monat 月 _____ Tag 日	
Hatten Sie schon einmal Geschlechtsverkehr? 性交経験はありますか		<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Schwangerschaften 妊娠した回数			
<input type="checkbox"/> Anzahl 妊娠 _____ Mal 回			
<input type="checkbox"/> Entbindung 分娩 _____ Mal 回 → <input type="checkbox"/> normale 正常分娩 _____ Mal 回 <input type="checkbox"/> anormale 異常分娩 _____ Mal 回			
<input type="checkbox"/> Fehlgeburt 流産 _____ Mal 回 → <input type="checkbox"/> natürliche Fehlgeburt 自然流産 _____ Mal 回 <input type="checkbox"/> Abtreibung 人工流産 _____ Mal 回			
<input type="checkbox"/> Sonstiges その他 <input type="checkbox"/> Bauchhöhlen-Schwangerschaft 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> Blasenentzündung 膀胱奇胎			
Möchten Sie bei bestehender Schwangerschaft im Krankenhaus entbinden? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい <input type="checkbox"/> Nein いいえ			
Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい → <input type="checkbox"/> Medikamente 薬 <input type="checkbox"/> Lebensmittel 食べ物 <input type="checkbox"/> Sonstiges その他 <input type="checkbox"/> Nein いいえ			
Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Nein いいえ			
Wurde bei Ihnen bereits Krebsvorsorge gemacht? がん検診を受けたことがありますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい → _____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日 <input type="checkbox"/> Nein いいえ			

Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

Verdauungsstörungen いちょう びょうき 胃腸の病気
 Leberkrankheiten かんぞう びょうき 肝臓の病気
 Herzkrankheiten しんぞう びょうき 心臓の病気
 Nierenkrankheiten じんぞう びょうき 腎臓の病気
 Tuberkulose けっかく 結核
 Diabetes とうりょうびょう 糖尿病
 Asthma ぜんそく
 Bluthochdruck こうけつあつしやう 高血圧症
 AIDS エイズ
 Hals(Schilddrüse) こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気
 Geschlechtskrankheiten せいびやう 性病
 Sonstiges た 其他

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? しゆじゆつ う 手術を受けたことがありますか
 Ja はい
 Nein いいえ

Hatten Sie schon Bluttransfusionen? ゆけつ う 輸血を受けたことがありますか
 Ja はい
 Nein いいえ

Familienkrankheiten: Bitte geben Sie das Alter des Familienmitglieds an und kreuzen die zutreffende Krankheiten an. かぞく びやうれき 家族の病歴

	Alter <small>ねんれい 年齢</small>	gesund <small>けんこう 健康</small>	nicht gesund <small>けんこう 健康でない</small>	Erbkrankheiten <small>いでんびやう 遺伝病</small>	Bluthochdruck <small>こうけつあつ 高血圧</small>	Diabetes <small>とうりょうびやう 糖尿病</small>	Krebs <small>がん</small>
Vater <small>ちち 父</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter <small>はは 母</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder <small>きょうだい 兄弟</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester <small>しまい 姉妹</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehemann <small>おとど 夫</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder <small>こども 子ども</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? こんご つうやく しぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか
 Ja はい
 Nein いいえ

<2/2ページ>

