

# KEBIDANAN DAN GINEKOLOGI

さん ふ じん か もんしんひょう  
産婦人科問診票

Indonesian  
インドネシア語

Beri tanda  pada jawaban dari pertanyaan. あてはまるものにチェックしてください

tahun 年 bulan 月 tanggal 日

nama 名前			<input type="checkbox"/> Laki-laki 男	<input type="checkbox"/> perempuan 女
tanggal lahir 生年月日	_____ tahun 年	_____ bulan 月	_____ hari 日	Telepon 電話
alamat 住所				
Apakah anda membawa Asuransi kesehatan? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> ya はい		<input type="checkbox"/> tidak いいえ	
warga negara 国籍			bahasa 言葉	
Tinggi Badan 身長	_____ cm	Berat Badan 体重	_____ kg	

Apa masalah anda? どうしましたか

hamil 妊娠  datang bulan tidak teratur 月経の異常  keputihan おりもの  
 sakit dibagian perut 下腹部が痛い  pendarahan di kemaluan 不正性器出血  
 polip ポリープ  Mioma uteri 子宮筋腫  Tumor induk telur 卵巣の腫瘍  gatal pada kemaluan 性器のかゆみ  
 periksa kanker がん検診  sterility 不妊症  anemia/kurang darah 貧血  lainnya その他

Tentang datang bulan 生理について

Kapan pertama kali datang bulan? 初めて生理があったのはいつですか

umur \_\_\_\_\_ 才

Kapan anda menopause (berhenti datang bulan)? 閉経はいつですか

umur \_\_\_\_\_ 才

Apakah datang bulannya teratur? 生理は順調ですか

ya はい  tidak いいえ

kurun waktu 周期について

28hari 28日型  30hari 30日型  \_\_\_\_\_ hari 日型  tidak teratur 不順

Lamanya datang bulan? 生理の期間について

\_\_\_\_\_ hari 日間

keluarnya datang bulan 生理の量について

banyak 多い  biasa 普通  sedikit 少ない

Apakah Anda mengalami sakit ketika datang bulan? 生理痛はありますか

ya はい  tidak いいえ

Kapan terakhir datang bulan? 最終月経は

\_\_\_\_\_ bulan 月 \_\_\_\_\_ hari 日

Apakah Anda pernah melakukan hubungan seksual? 性交経験はありますか

ya はい  tidak いいえ

tentang kehamilan 妊娠した回数

hamil 妊娠 \_\_\_\_\_ kali 回  
 melahirkan 分娩 \_\_\_\_\_ kali 回 →  normal 正常分娩 \_\_\_\_\_ kali 回  tidak normal 異常分娩 \_\_\_\_\_ kali 回  
 keguguran 流産 \_\_\_\_\_ kali 回 →  keguguran alami 自然流産 \_\_\_\_\_ kali 回  digugurkan 人工流産 \_\_\_\_\_ kali 回  
 lainnya その他  kandungan ada virus 子宮外妊娠  kandungan ada virus 胞状奇胎

Apakah Anda ingin melahirkan di rumah sakit ini? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか

ya はい  tidak いいえ

Apakah mempunyai alergi terhadap obat atau makanan? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

ya はい →  obat 薬  makanan 食べ物  lainnya その他  tidak いいえ

Apakah setiap hari ada obat yang Anda minum? 現在飲んでる薬はありますか

ya はい → Apabila dibawa, mohon diperlihatkan! 持っていれば見せてください  tidak いいえ

Apakah Anda pernah periksa kanker? がん検診を受けたことがありますか

ya はい → \_\_\_\_\_ tahun 年 \_\_\_\_\_ bulan 月 \_\_\_\_\_ hari 日  tidak いいえ



Anda pernah punya penyakit apa? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

penyakit lambung perut dan gangguan usus いちょう びょうき 胃腸の病気
  penyakit limpa かんぞう びょうき 肝臓の病気
  penyakit jantung しんぞう びょうき 心臓の病気  
 penyakit ginjal じんぞう びょうき 腎臓の病気
  TBC けっかく 結核
  kencing manis とうようびょう 糖尿病
  asma ぜんそく ぜんそく  
 darah tinggi こうけつあつしょう 高血圧症
  AIDS エイズ エイズ
  kelenjar gondok こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気
  penyakit kelamin せいびょう 性病  
 lainnya た その他

Apakah Anda pernah melakukan operasi? しゅじゆつ う 手術を受けたことがありますか  ya はい  tidak いいえ

Apakah Anda pernah melakukan transfusi darah? ゆけつ う 輸血を受けたことがありますか  ya はい  tidak いいえ

Sejarah kesehatan keluarga かぞく びょうれき 家族の病歴

	usia <small>ねんれい</small> 年齢	Sehat <small>けんこう</small> 健康	Tidak sehat <small>けんこう ではない</small> 健康ではない	penyakit genetik <small>いでんびょう</small> 遺伝病	darah tinggi <small>こうけつあつ</small> 高血圧	sakit kencing manis <small>とうようびょう</small> 糖尿病	Kanker <small>がん</small> がん
ayah <small>ちち</small> 父	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ibu <small>はは</small> 母	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
saudara laki-laki <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"/>
saudara perempuan <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"/>
suami <small>おと</small> 夫	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anak <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"/>

Lain kali, bisakah Anda membawa seorang penerjemah sendiri? こんご づうやく しぶん づ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

ya はい  tidak いいえ

<2/2ページ>