

산부인과 문진표

산부인과학문진표
産婦人科問診票

한국·조선어
韓国·朝鮮語

해당 항목에 를 해 주십시오. あてはまるものにチェックしてください

년 年 月 月 日 日

이름 名前			<input type="checkbox"/> 남 男 <input type="checkbox"/> 여 女
생년월일 生年月日	_____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日	전화번호 電話番号	
주소 住所			
의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	
국적 国籍	언어 言葉		

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> 임신 妊娠	<input type="checkbox"/> 생리불순 月経の異常	<input type="checkbox"/> 냉 おりもの	<input type="checkbox"/> 복통 下腹部が痛い
<input type="checkbox"/> 부정성기출혈 不正性器出血	<input type="checkbox"/> 종양 ポリープ	<input type="checkbox"/> 자궁근종 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 난소낭종 卵巣のう腫瘍
<input type="checkbox"/> 성기의 가려움증 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> 자궁근종 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 그외 その他	<input type="checkbox"/> 암검사 がん検診
<input type="checkbox"/> 불임증 不妊症	<input type="checkbox"/> 빈혈 貧血		
월경에 대해서 生理について			
첫 생리는 언제였습니까? 初めて生理があったのはいつですか	연령 _____ 세 才		
폐경은 언제였습니까? 閉経はいつですか	연령 _____ 세 才		
생리는 순조롭습니까? 生理は順調ですか	<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	
생리주기 周期について	<input type="checkbox"/> 28일형 28日型 <input type="checkbox"/> 30일형 30日型	<input type="checkbox"/> _____ 일형 日型	<input type="checkbox"/> 불순 不順
생리지속기간 生理の期間について	_____ 일간 日間		
생리양 生理の量について	<input type="checkbox"/> 많다 多い <input type="checkbox"/> 보통 普通	<input type="checkbox"/> 적다 少ない	
생리통 生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	
마지막생리 最終月経は	_____ 月 月 _____ 日 日		
임신경력 妊娠した回数			
<input type="checkbox"/> 임신 妊娠 _____ 회 回			
<input type="checkbox"/> 분만 分娩 _____ 회 回	<input type="checkbox"/> 정상분만 正常分娩 _____ 회 回	<input type="checkbox"/> 이상분만 異常分娩 _____ 회 回	
<input type="checkbox"/> 유산 流産 _____ 회 回	<input type="checkbox"/> 자연유산 自然流産 _____ 회 回	<input type="checkbox"/> 인공유산 人工流産 _____ 회 回	
<input type="checkbox"/> 그외 その他	<input type="checkbox"/> 자궁외임신 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> 포상기태 胎状奇胎	
임산부는 당 병원에서 낳을 것을 희망합니까? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか	<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	
약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 약 薬 <input type="checkbox"/> 음식물 食べ物 <input type="checkbox"/> 그외 その他	<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ	
현재 복용 중인 약이 있습니까? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> 예 はい	→ 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
과거에 암검사를 받은 적이 있습니까? がん検診を受けたことがありますか			
<input type="checkbox"/> 예 はい	→ _____ 年 年 _____ 月 月 _____ 日 日		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ
지금까지 어떤 병을 앓았습니까? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> 위장질환 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 간장병 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 심장병 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 신장병 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 결핵 結核	<input type="checkbox"/> 당뇨병 糖尿病	<input type="checkbox"/> 천식 ぜんそく	<input type="checkbox"/> 고혈압 高血圧症
<input type="checkbox"/> 에이즈 エイズ	<input type="checkbox"/> 갑상선 질병 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 성병 性病	<input type="checkbox"/> 그외 その他

지금까지 수술을 받은 적이 있습니까? <small>手術を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> 예 はい		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ			
수혈을 받은 적이 있습니까? <small>輸血を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> 예 はい		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ			
가족에 관해 <small>家族の病歴</small>							
	연령 <small>年齢</small>	건강 <small>健康</small>	건강하지 않음 <small>健康ではない</small>	유전병 <small>遺伝病</small>	고혈압 <small>高血圧</small>	당뇨병 <small>糖尿病</small>	암 <small>がん</small>
친아버지 <small>ちち</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
친어머니 <small>はは</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
형제 <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"/>
자매 <small>しまい</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
남편 <small>おっと</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자식 <small>こども</small>	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
앞으로 자신이 직접 통역자와 함께 병원에 같이 올 수 있습니까? <small>今後、通訳を自分で連れてくることができますか</small>							
<input type="checkbox"/> 예 はい		<input type="checkbox"/> 아니오 いいえ					

<2/2ページ>