

پرسشنامه بخش زنان

産婦人科問診票

فارسی
پارسیجا

مواردی که به شما مربوط می شوند را تیک بزنید

سال

ماه

روز

نام و نام خانوادگی			<input type="checkbox"/> مرد	<input type="checkbox"/> زن
تاریخ تولد	سال	ماه	روز	تلفن
آدرس				
آیا بیمه درمانی دارید؟	<input type="checkbox"/> بله		<input type="checkbox"/> خیر	
ملیت	زبان			
قد	cm	وزن	kg	

چه ناراحتی دارید؟

حاملگی ناهنجاری قاعدگی درد در ناحیه پائین شکم خونریزی ناهنجار پولیپ خارش مهبلی آزار رحم سرطان نازایی کم خونی غیره

تاریخ قاعدگی

اولین بار کی قاعدگی شدید؟ سال

بندگی کی یائسه شدید؟ سال

آیا قاعدگی مرتب دارید؟ بله خیر

دوره قاعدگی شما چقدر است؟ 28 روزه 30 روزه غیره نامرتب

دوره قاعدگی شما چقدر طول میکشد؟ روز

مقدار قاعدگی شما چقدر است؟ زیاد طبیعی کم

آیا هنگام قاعدگی درد دارید؟ بله خیر

آخرین بار کی قاعدگی بودید؟ ماه روز

آیا تا بحال تجربه رابطه جنسی داشته اید؟ بله خیر

تاریخ حاملگی

بار زایمان طبیعی زایمان غیر طبیعی سقط جنین سقط جنین عمدی غیره حاملگی بیرون رحم مول هیداتی فرم

آیا می خواهید در این بیمارستان زایمان کنید؟ بله خیر

آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟ بله خیر

آیا دارویی می خورید که هر روز از آن مصرف می کنید؟ بله خیر

آیا تا به حال آزمایش سرطان داده اید؟ بله خیر

いま びょうき
 ？ 今までのにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> 胃腸の病気 いちょう びょうき بیماری روده و معده	<input type="checkbox"/> 肝臓の病気 かんぞう びょうき بیماری کبدی	<input type="checkbox"/> 心臓の病気 しんぞう びょうき بیماری قلبی	<input type="checkbox"/> 腎臓の病気 じんぞう びょうき بیماری کلیوی
<input type="checkbox"/> 結核 けっかく	<input type="checkbox"/> 糖尿病 とうようびょう بیماری قندی	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 高血圧症 こうけつあつしやう فشار خون بالا
<input type="checkbox"/> エイズ	<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 こうじょうせん びょうき تیروئید	<input type="checkbox"/> 性病 せいびょう بیماری مقاربتی	<input type="checkbox"/> その他

手術を受けたことがありますか
 しゅじゆつ う
 ？ 今までのにかかった病気はありますか

はい ？ いいえ

輸血を受けたことがありますか
 ゆけつ う
 ？ 今までのにかかった病気はありますか

はい ？ いいえ

家族の病歴
 かぞく びょうれき
 ？ 今までのにかかった病気はありますか

	年齢 ねんれい سن	健康 けんこう سالم	健康ではない けんこう ではない ناسالم	遺伝病 いでんびょう بیماری ارثی	高血圧 こうけつあつ فشار خون بالا	糖尿病 とうようびょう بیماری قندی	がん سرطان
父 ちち پدر	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母 はは مادر	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄弟 きょうだい برادران	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
姉妹 しまい خواهران	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夫 おつと شوهر	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子ども こども فرزند	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

今後、通訳を自分で連れてくることができますか
 こんご づうやく じぶん つ
 ？ 今までのにかかった病気はありますか

はい ？ いいえ