

# 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 خانوادگی <small>なまえ 名前</small>	<input type="checkbox"/> مرد <small>おとこ 男</small>	<input type="checkbox"/> زن <small>おんな 女</small>
تاریخ تولد <small>せいねんがっぴ 生年月日</small>	سال <input type="text"/> ماه <input type="text"/> روز <input type="text"/>	تلفن <small>でんわ 電話</small>
آدرس <small>じゅうしょ 住所</small>		
آیا بیمه درمانی دارید؟ <small>けんこうほけん 健康保険</small>	<input type="checkbox"/> بله <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> خیر <small>いいえ</small>
ملیت <small>こくせき 国籍</small>	زبان <small>ことば 言葉</small>	

چه ناراحتی دارید؟

حاملگی にんしん 妊娠   
 نا مرتب げんけい 月経   
 مهبلی おりもの   
 درد در ناحیه پائین شکم かぶくぶ 下腹部   
 خون ریزی ふせいせい 不正性器   
 پولیپ ポリープ   
 غده تخمدان らんそう 卵巣   
 خارش かゆみ   
 غده بی آزار しきゅうきんしゅ 子宮筋腫   
 سرطان がん 検診   
 نازایی ふにんしやう 不妊症   
 کم خونی ひんけつ 貧血   
 غیره その他

تاریخ قاعدگی せいり 生理 生理について

اولین بار کی دچار قاعدگی شدید؟ はじめて 生理があつたのはいつですか  سال さい

بسته بندی کی یائسه شدید؟ 閉経はいつですか  سال さい

آیا قاعدگی مرتب دارید؟ 生理は順調ですか  بله はい  خیر いいえ

دوره قاعدگی شما چه مدت است؟ 周期について  28 روز 28日型  30 روز 30日型  غیره 日型  نامرتب 不順

دوره قاعدگی شما چه مدت طول میکشد؟ 生理の期間について  روز にちかん 日間

مقدار قاعدگی 生理の量について  زیاد 多い  طبیعی 普通  کم 少ない

آیا هنگام قاعدگی درد دارید؟ 生理痛はありますか  بله はい  خیر いいえ

آخرین بار کی قاعده بودید؟ 最終月経は  ماه がつ  روز にち

تاریخ حاملگی にんしん かいすう 妊娠した回数

حاملگی にんしん かい 妊娠  زایمان ぶんべん かい 分娩  زایمان طبیعی せいじょうぶんべん かい 正常分娩  زایمان غیر طبیعی いじょうぶんべん かい 異常分娩  سقط جنین りゅうざん かい 流産  سقط جنین طبیعی しぜんりゅうざん かい 自然流産  سقط جنین عمدی じんごうりゅうざん かい 人工流産  غیره その他  حاملگی بیرون رحم しきゅうがい 子宮外妊娠  مول هیدانتی فرم ほうじょうきたい 胎状奇胎

آیا می خواهید در این بیمارستان زایمان کنید؟ 妊娠の方は当院での出産を希望しますか  بله はい  خیر いいえ

آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか  بله はい  خیر いいえ

آیا در حال حاضر دارویی می خورید؟ 現在飲んでいる薬はありますか  بله はい  خیر いいえ

آیا تا به حال آزمایش سرطان داده اید؟ がん検診を受けたことがありますか  بله はい  خیر いいえ

آیا تا به حال مبتلا به بیماری شده اید؟ 今までにかかった病気はありますか

بیماری روده و معده いちょう びょうき 胃腸の病気   
 بیماری کبدی かんぞう びょうき 肝臓の病気   
 بیماری قلبی しんぞう びょうき 心臓の病気   
 بیماری کلیوی じんぞう びょうき 腎臓の病気

سل けっかく 結核   
 قند とうやうびょう 糖尿病   
 آسم ぜんそく   
 فشار خون بالا こうけつあつしやう 高血圧症

ایپز エイズ   
 تیروئید こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気   
 بیماری مقاربتی せいびょう 性病   
 غیره その他

آیا تا به حال عمل جراحی شده اید؟ <small>手術を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
آیا تا به حال خون دریافت کرده اید؟ <small>輸血を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
وضعیت بهداشتی افراد خانواده <small>家族の病歴</small>							
	سن <small>年齢</small>	سالم <small>健康</small>	ناسالم <small>健康ではない</small>	بیماری ارثی <small>遺伝病</small>	فشار خون بالا <small>高血圧</small>	بیماری قندی <small>糖尿病</small>	سرطان <small>がん</small>
پدر <small>父</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مادر <small>母</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
برادران <small>兄弟</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خواهران <small>姉妹</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شوهر <small>夫</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فرزند <small>子ども</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا دفعه بعد، می‌توانید مترجم با خود به همراه بیاورید؟ <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"/> بله <input type="checkbox"/> خیر							

〈2/2ページ〉