

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

さんふじんかもんしんひょう
産婦人科問診票

русский язык

ロシア語

Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты あてはまるものにチェックしてください

ねん
Год

がつ
Месяц

にち
Число

Ф.и.о. <small>なまえ 名前</small>			<input type="checkbox"/> М <small>おとこ 男</small>	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな 女</small>
Дата рождения <small>せいねんがっぴ 生年月日</small>	_____ Год <small>ねん 年</small>	_____ Месяц <small>がつ 月</small>	_____ Число <small>にち 日</small>	Тел <small>でんわ 電話</small>
Адрес <small>じゅうしょ 住所</small>				
Имеете ли медицинскую страховку? <small>けんこうほけんも 健康保険を持っていますか?</small>	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Национальность <small>こくせき 国籍</small>			Язык <small>ことば 言葉</small>	

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか

<input type="checkbox"/> Подтверждение беременности <small>にんしん 妊娠</small>	<input type="checkbox"/> Нерегулярная менструация <small>げつがい いじょう 月経の異常</small>	<input type="checkbox"/> Бели <small>おりもの</small>
<input type="checkbox"/> Боль в нижней части живота <small>かぶくぶいた 下腹部が痛い</small>	<input type="checkbox"/> Кровотечение <small>ふせいせいきしめつ 不正性器出血</small>	<input type="checkbox"/> Полип <small>ポリープ</small>
<input type="checkbox"/> Кистозное перерождение <small>らんそう しゅよう 卵巣のう腫瘍</small>	<input type="checkbox"/> Вагинальный зуд <small>せいき 性器のかゆみ</small>	<input type="checkbox"/> Гистеремиома <small>しきゅうきんじゅ 子宮筋腫</small>
<input type="checkbox"/> Осмотр на рак <small>がんけん がん検診</small>	<input type="checkbox"/> Бесплодие <small>ふにんしん 不妊症</small>	<input type="checkbox"/> Анемия <small>ひんけつ 貧血</small>
<input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small>		

О менструации せいり 生理 について

Первая менструация? <small>はじめてせいりがあつたのはいつですか</small>	Возраст _____ <small>さい 才</small>
Менопауза? <small>へいらい 閉経はいつですか</small>	Возраст _____ <small>さい 才</small>
Менструация нормальна? <small>せいりはじまんどうですか</small>	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Менструальный цикл? <small>しゅうき 周期</small> <small>について</small>	<input type="checkbox"/> 28 дней <small>28日型</small> <input type="checkbox"/> 30 дней <small>30日型</small> <input type="checkbox"/> _____ <small>日型</small> <input type="checkbox"/> Нестабильный <small>ふじゆん 不順</small>
Продолжительность? <small>せいりまかん 生理の期間</small> <small>について</small>	_____ <small>日</small> <input type="checkbox"/> _____ <small>日</small>
Объем выделений? <small>せいりりょう 生理の量</small> <small>について</small>	<input type="checkbox"/> Много <small>おおい</small> <input type="checkbox"/> Нормально <small>ふつう</small> <input type="checkbox"/> Мало <small>すくない</small>
Менструальная боль? <small>せいりつう 生理痛</small> <small>はありますか</small>	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Последняя менструация <small>さいしゅうげつがい 最終月経</small> <small>は</small>	_____ <small>月</small> _____ <small>日</small>

Сведения о беременности и родах にんしん かいすう 妊娠した回数

<input type="checkbox"/> Число беременностей <small>にんしん 妊娠</small> _____ <small>かい 回</small>
<input type="checkbox"/> Роды <small>ぶんべん 分娩</small> _____ <small>かい 回</small> → <input type="checkbox"/> Нормальные <small>せいじょうぶんべん 正常分娩</small> _____ <small>かい 回</small> <input type="checkbox"/> Ненормальные <small>いじょうぶんべん 異常分娩</small> _____ <small>かい 回</small>
<input type="checkbox"/> Выкидыш <small>りゅうざん 流産</small> _____ <small>かい 回</small> → <input type="checkbox"/> Натуральный <small>しぜんりゅうざん 自然流産</small> _____ <small>かい 回</small> <input type="checkbox"/> Искусственный <small>じんこうりゅうざん 人工流産</small> _____ <small>かい 回</small>
<input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> _____ <input type="checkbox"/> Внематочная беременность <small>しきゅうがいにんしん 子宮外妊娠</small> <input type="checkbox"/> Пузырный занос <small>ほうじゅうたい 胞状奇胎</small>

Хотите ли родить в этой больнице? にんしん かのう どういん しゅっさん きぼう 妊娠の方は当院での出産を希望しますか

Да はい Нет いいえ

Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? くすり た もの で 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Да はい → Лекарства くすり 薬 Пища た もの 食べ物 Прочее その他 Нет いいえ

Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? げんざいの くすり 現在飲んでる薬はありますか

Да はい → Если имеются с собой, покажите пожалуйста もっていれば見せてください Нет いいえ

Подвергались осмотру на рак? がんけん がん検診 を受けたことがありますか

Да はい → _____ 年 _____ 月 _____ 日 Нет いいえ

Прежние заболевания いままでにかかったひょうき 病気 はありますか

<input type="checkbox"/> Заболевания желудочно-кишечного тракта <small>いちよう ひょうき 胃腸の病気</small>	<input type="checkbox"/> Заболевания печени <small>かんぞう ひょうき 肝臓の病気</small>
<input type="checkbox"/> Заболевания сердца <small>しんぞう ひょうき 心臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> Заболевания почек <small>じんぞう ひょうき 腎臓の病気</small>
<input type="checkbox"/> Диабет <small>とうにょうびょう 糖尿病</small>	<input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく ぜんそく</small>
<input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <small>こうじょうせん ひょうき 甲状腺の病気</small>	<input type="checkbox"/> Гипертония <small>こうけつあつしやう 高血圧症</small>
	<input type="checkbox"/> Туберкулез <small>けっかく 結核</small>
	<input type="checkbox"/> СПИД <small>エイズ</small>
	<input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small>
	<input type="checkbox"/> Венерическая болезнь <small>せいびょう 性病</small>



Переносили ли Вы операции ранее? <small>手術を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> Да はい		<input type="checkbox"/> Нет いいえ			
Проходили ли Вы переливание крови ранее? <small>輸血を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> Да はい		<input type="checkbox"/> Нет いいえ			
Анамнез членов семьи <small>家族の病歴</small>							
	лет <small>ねんれい</small> 年齢	Здоров <small>けんこう</small> 健康	Нездоров <small>けんこう</small> 健康ではない	Наследственные болезни <small>いでんびょう</small> 遺伝病	Гипертония <small>こうけつあつ</small> 高血圧	Диабет <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病	Рак <small>がん</small>
Отец <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мать <small>はは</small> 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Брат <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"/>
Сестра <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"/>
Муж <small>おっと</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сын/Дочь <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"/>
Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? <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"/> Да はい		<input type="checkbox"/> Нет いいえ					

<2/2ページ>