

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

さんふじんかもんしんひょう
産婦人科問診票

українська мова

ウクライナ語

Позначте , будь ласка, усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік 年

Місяць 月

Число 日

П.І.Б. <small>なまえ 名前</small>		<input type="checkbox"/> Ч <small>おとこ 男</small>	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな 女</small>
Дата народження <small>せいねんがっぴ 生年月日</small>	Рік <small>ねん 年</small> _____ Місяць <small>がつ 月</small> _____ Число <small>にち 日</small> _____	Тел <small>でんわ 電話</small>	
Адреса <small>じゅうしょ 住所</small>			
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? <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"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Національність <small>こくせき 国籍</small>	Мова <small>ことば 言葉</small>		
Зріст <small>しんちよう 身長</small>	cm	Вага <small>たいじゆう 体重</small>	kg

Що з Вами? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Підтвердження вагітності <small>にんしん 妊娠</small>	<input type="checkbox"/> Нерегулярна менструація <small>げつけい いじょう 月経の異常</small>	<input type="checkbox"/> Білі <small>おりもの</small>	
<input type="checkbox"/> Біль у нижній частині живота <small>かぶくぶいた 下腹部が痛い</small>	<input type="checkbox"/> Вагінальна кровотеча <small>ふせいせいしきけつ 不正性器出血</small>	<input type="checkbox"/> Поліп <small>ポリープ</small>	
<input type="checkbox"/> Кістозне переродження <small>らんそう しゅよう 卵巣のう腫瘍</small>	<input type="checkbox"/> Вагінальний свербіж <small>せいしき 性器のかゆみ</small>	<input type="checkbox"/> Пістереміома <small>しきゅうきんしゅ 子宮筋腫</small>	
<input type="checkbox"/> Огляд на рак <small>がんけん がん検診</small>	<input type="checkbox"/> Безплідність <small>ふにんしよう 不妊症</small>	<input type="checkbox"/> Анемія <small>ひんけつ 貧血</small>	<input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small>
Щодо менструації <small>せいり 生理</small> について			
Перша менструація? <small>はじめてせいりがあつたのはいつですか</small>		Вік _____	才
Менопауза? <small>けいけい 閉経</small> 是いつですか		Вік _____	才
Менструація нормальна? <small>せいりはじまん 生理は順調</small> ですか		<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>
Менструальний цикл? <small>しゅうき 周期</small> について	<input type="checkbox"/> 28днів <small>28日型</small>	<input type="checkbox"/> 30днів <small>30日型</small>	<input type="checkbox"/> _____ днів <small>日型</small> <input type="checkbox"/> Нестабільний <small>ふじまん 不順</small>
Тривалість? <small>せいり きかん 生理の期間</small> について	_____ днів <small>日間</small>		
Обсяг виділень? <small>せいり りよう 生理の量</small> について	<input type="checkbox"/> Багато <small>おおい</small>	<input type="checkbox"/> Нормально <small>ふつう 普通</small>	<input type="checkbox"/> Мало <small>すくない</small>
Менструальний біль? <small>せいりつう 生理痛</small> ありますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Остання менструація <small>さいしゅうげつけい 最終月経</small> 是	_____ Місяць <small>がつ 月</small>	_____ Число <small>にち 日</small>	
Чи були у вас статеві стосунки? <small>せいこうけいけん 性交経験</small> ありますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Відомості щодо вагітності та пологів <small>にんしん かいすう 妊娠した回数</small>			
<input type="checkbox"/> Кількість вагітностей <small>にんしん 妊娠</small> _____ раз <small>かい 回</small>			
<input type="checkbox"/> Пологи <small>ぶんべん 分娩</small> _____ раз <small>かい 回</small> → <input type="checkbox"/> Нормальні <small>せいじょうぶんべん 正常分娩</small> _____ раз <small>かい 回</small>	<input type="checkbox"/> Ненормальні <small>いじょうぶんべん 異常分娩</small> _____ раз <small>かい 回</small>		
<input type="checkbox"/> Викидень <small>りゅうざん 流産</small> _____ раз <small>かい 回</small> → <input type="checkbox"/> Самовільний <small>しぜんりゅうざん 自然流産</small> _____ раз <small>かい 回</small>	<input type="checkbox"/> Аборт <small>じんこうりゅうざん 人工流産</small> _____ раз <small>かい 回</small>		
<input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small>	<input type="checkbox"/> Позаматкова вагітність <small>しきゅうがいのにんしん 子宮外妊娠</small>	<input type="checkbox"/> Пузирний занос <small>ほうじょうきたい 胎状奇胎</small>	
Чи хочете Ви народжувати в даній лікарні? <small>にんしん かた どういん しゅつさん きぼう 妊娠の方は当院での出産を希望しますか</small>	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? <small>くすり たもの で アレルギーがでますか</small>			
<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> Ліки <small>くすり 薬</small> <input type="checkbox"/> Їжа <small>たもの 食べ物</small> <input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>		
Приймаєте якісь ліки на даний момент? <small>げんざいの くすり 現在飲んでいる薬はありますか</small>			
<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі <small>も 持っていれば見せてください</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>		
Проходили огляд на рак? <small>がんけんしん がん検診</small> を受けたことがありますか			
<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> → _____ Рік <small>ねん 年</small> _____ Місяць <small>がつ 月</small> _____ Число <small>にち 日</small> 日から	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>		

Захворювання в минулому? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

Захворювання шлунка, кишківника いちょう びょうき 胃腸の病気
 Захворювання печінки かんぞう びょうき 肝臓の病気
 Захворювання серця しんぞう びょうき 心臓の病気
 Захворювання нирок じんぞう びょうき 腎臓の病気
 Туберкульоз けっかく 結核
 Діабет とうようびょう 糖尿病
 Астма ぜんそく ぜんそく
 Гіпертонія こうけつあつしやう 高血圧症
 СНІД エイズ エイズ
 Захворювання щитовидної залози ごうじょうせん びょうき 甲状腺の病気
 Венерична хвороба せいびょう 性病
 Інше その他 その他

Операції у минулому? しゅじゅつ う 手術を受けたことがありますか Так はい Ні いいえ

Переливання крові в минулому? ゆけつ う 輸血を受けたことがありますか Так はい Ні いいえ

Анамнез членів сім'ї かぞく びょうれき 家族の病歴

	Вік <small>ねんせい</small> 年齢	Здоровий <small>けんこう</small> 健康	Нездоровий <small>けんこう ではない</small> 健康ではない	Спадкові хвороби <small>いでんびょう</small> 遺伝病	Гіпертонія <small>こうけつあつ 高血圧</small>	Діабет <small>とうようびょう</small> 糖尿病	Рак <small>がん</small> がん
Батько <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мати <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>まようだい</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"/>
Чоловік <small>おつと</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Син/Донька <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"/>

Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? こんご つうやく じぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Так はい Ні いいえ