

妇产科 问诊表/産婦人科 問診票

患者姓名 /患者氏名					BT=	℃
出生年月日(公历) /生年月日(西曆)	年/年	月/月	日/日	医疗机构填写处 /医療機関記入欄	PR=	/分
	(岁/歳)				BP=	mmHg
身高、体重 / 身長・体重	厘米/cm		公斤/kg		RR=	/分
有无过敏 /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 食物/食べ物： <input type="checkbox"/> 药/薬：				SPO2=	%

今天有什么症状？（如果有多项的相关症状，请全部划勾。）
/本日はどのような症状で来られましたか。（複数ある方は複数☑してください。）

- | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 怀孕 / 妊娠 | <input type="checkbox"/> 月经异常
/月経異常 | <input type="checkbox"/> 痛经/月経痛 | <input type="checkbox"/> 白带 / おりもの | <input type="checkbox"/> 不正常出血
/不正出血 | <input type="checkbox"/> 排尿时疼痛
/排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> 排尿困难
/尿がでにくい | <input type="checkbox"/> 尿液有血
/尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> 尿液混有脓
/尿に膿が混じる | <input type="checkbox"/> 会阴部有肿物或长
了疙瘩/会陰部にで
きもの | <input type="checkbox"/> 红肿/赤く脹れて
いる | <input type="checkbox"/> 感觉疼痛
/痛みがある |
| <input type="checkbox"/> 瘙痒/かゆみ | <input type="checkbox"/> 尿失禁/尿失禁 | <input type="checkbox"/> 大便失禁/便失禁 | <input type="checkbox"/> 子宫脱垂/子宮脱 | <input type="checkbox"/> 咨询不孕事项
/不妊の相談 | <input type="checkbox"/> 呕吐/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 恶心/嘔気 | <input type="checkbox"/> 癌症筛查
/がん健診 | <input type="checkbox"/> 其他医疗机构建议就诊（包括体检）
/他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む） | | | |
| <input type="checkbox"/> 其他 / その他： | | | | | |

询问关于您的月经。
/月経についてお伺いします。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 初潮是什么时候？/月経がはじまったのはいつですか。 | 年齢/年齢 _____ 岁左右/歳ごろ |
| <input type="checkbox"/> 绝经是什么时候？/月経が終わったのはいつですか。 | 年齢/年齢 _____ 岁左右/歳ごろ |
| <input type="checkbox"/> 月经周期是几天？/月経周期は何日ですか。 | _____ 天型/日型 <input type="checkbox"/> 不定期并且不正常
/不定期で不順 |
| <input type="checkbox"/> 月经平均持续几天？/平均月経持続日数は何日ですか。 | _____ 天/日間 |
| <input type="checkbox"/> 月经量多少？/月経の量はどのぐらいですか。 | <input type="checkbox"/> 少/少ない <input type="checkbox"/> 一般/普通 <input type="checkbox"/> 多/多い |
| <input type="checkbox"/> 是否有痛经？/月経痛はありますか。 | <input type="checkbox"/> 否/いいえ <input type="checkbox"/> 是/はい |

回答“是”，并且在使用止痛药的患者，还请填写止痛药
/「はい」と答えた方で鎮痛剤を使用されている方は、鎮痛剤も書いてください。

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 最后一次的月经是什么时候？/最終月経はいつですか。 | 年/年 _____ 月/月 _____ 日/日 _____ |
|--|-------------------------------|

到目前为止是否有性交的经验？
/今までに性交渉の経験がありますか。

- 否/いいえ 是/はい

是否接受过子宫癌筛查？
/子宮がん検診を受けたことがありますか。

- 否/いいえ 是/はい ***接受过筛查的患者，请填写日期/受けたことがある方は日付を書いてください。**

年/年 _____ 月/月 _____ 日/日 _____

是否使用过口服避孕药？
/ピル（避妊薬）を飲んでいたことがありますか。

- 否/いいえ 是/はい

是否在怀孕，或者有怀孕的可能？
/妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- 否/いいえ 是/はい（ _____ 周/週） 不知道/わからない

目前是否在哺乳？
/現在、授乳中ですか？

- 否/いいえ 是/はい

询问关于您的怀孕史 *如您有以前怀孕时的母子手册，请准备好。
/妊娠歴についてお伺いします※過去の妊娠の時の母子手帳をお持ちの方は母子手帳を用意してください。

- 未曾怀孕/妊娠したことがない →在“怀孕过”上划勾的患者，请填写下面的怀孕史
 怀孕过/妊娠したことがある /「妊娠したことがある」に☑された方は下の妊娠歴をお書きください。

	年月日/年月日	分娩/分娩	有无流产 /流産の有無	有无异常妊娠 /異常妊娠の有無	周/週数
第一胎 /1人目	_____年/年___月/月___日/日	<input type="checkbox"/> 阴道分娩/経陰分娩 <input type="checkbox"/> 剖腹产/帝王切開	<input type="checkbox"/> 自然流产/自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流产/人工流産	<input type="checkbox"/> 有/あり <input type="checkbox"/> 没有/なし	_____周/週
第二胎 /2人目	_____年/年___月/月___日/日	<input type="checkbox"/> 阴道分娩/経陰分娩 <input type="checkbox"/> 剖腹产/帝王切開	<input type="checkbox"/> 自然流产/自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流产/人工流産	<input type="checkbox"/> 有/あり <input type="checkbox"/> 没有/なし	_____周/週
第三胎 /3人目	_____年/年___月/月___日/日	<input type="checkbox"/> 阴道分娩/経陰分娩 <input type="checkbox"/> 剖腹产/帝王切開	<input type="checkbox"/> 自然流产/自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流产/人工流産	<input type="checkbox"/> 有/あり <input type="checkbox"/> 没有/なし	_____周/週
第四胎 /4人目	_____年/年___月/月___日/日	<input type="checkbox"/> 阴道分娩/経陰分娩 <input type="checkbox"/> 剖腹产/帝王切開	<input type="checkbox"/> 自然流产/自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流产/人工流産	<input type="checkbox"/> 有/あり <input type="checkbox"/> 没有/なし	_____周/週
第五胎 /5人目	_____年/年___月/月___日/日	<input type="checkbox"/> 阴道分娩/経陰分娩 <input type="checkbox"/> 剖腹产/帝王切開	<input type="checkbox"/> 自然流产/自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流产/人工流産	<input type="checkbox"/> 有/あり <input type="checkbox"/> 没有/なし	_____周/週

在以前的妊娠、分娩时等，是否有过异常？
/過去に妊娠中・分娩時などの異常はありましたか。

- 否/いいえ 是/はい →在“是”上划勾的患者，请在下面相关的项目上划勾。
/「はい」に☑された方は、下の項目で当てはまるものに、☑してください。
- 高血压/高血圧 糖尿病/糖尿病 浮肿/むくみ 先兆流产/切迫早産
 不容易止血/出血が止まりにくかった 瘰疬/けいれん 其他/その他：

怀孕的患者是否希望在本院分娩？
/妊娠の方は当院での出産を希望されますか。

- 否/いいえ 是/はい

有症状的患者，症状具有怎样的特征？
/症状がある方は、その症状はどのような性質を持っていますか。

- 不间断地、一直持续着/絶え間なく、続いている 症状时有时无/症状が出たり、消えたりしている 渐渐地变严重了/徐々にひどくなっている
 其他/その他：

该症状是从什么时候开始的？
/この症状はいつからありますか。

从 _____ 年/年 _____ 月/月 _____ 日/日 上午/午前、下午/午後 _____ 点/時 _____ 分左右开始/分ごろから

目前是否有在服用的药物？*包括维生素、营养剂和保健品。
/現在、飲んでいる薬はありますか？ ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- 否/いいえ 是/はい *携带药物或“用药手册”的患者，请出示
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	药物的名称 /お薬の名前	服药、用药的方法 /飲み方・使い方		药物的名称 /お薬の名前	服药、用药的方法 /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

以前是否动过手术？
/今までに手術をしたことがありますか。

- 否/いいえ 是/はい →在“是”上划勾的患者，请在下面填写手术史
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

疾病名称 /疾患名	手术名称 /手術名	手术时期 /手術をした時期	实施手术的医疗机构 /手術をした医療機関

*如果忘了具体的手术日期，可以填写“年龄”、“手术年份”。
/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

是否有吸烟的习惯？
/習慣的に、たばこを吸いますか？

- 否/いいえ 是/はい 以前吸过/以前吸っていた

吸烟量/喫煙量	吸烟期间/喫煙期間	戒烟年份 /喫煙をやめた年
_____支/天/本/日	_____年/年	_____年/年_____月/月

*目前还在继续吸烟的患者，不需填写戒烟年份。
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしてください。

是否有饮酒的习惯？
/習慣的にお酒を飲みますか？

- 否/いいえ 是/はい 以前有饮酒的习惯/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> 啤酒/ビール	_____ml /天/日	<input type="checkbox"/> 威士忌/ウイスキー	_____ml /天/日
<input type="checkbox"/> 清酒/日本酒	_____ml /天/日	<input type="checkbox"/> 葡萄酒/ワイン	_____ml /天/日
<input type="checkbox"/> 其他/その他	_____ml /天/日		

如在就诊时有以下的要求，请划勾。
/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- 请事先告诉医疗费的大概金额/あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
 如有翻译时，请派翻译/通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
 其他/その他：