

妇产科 问诊表/産婦人科 問診票

患者姓名 /患者氏名		医疗机构填写处 /医療機関記入欄	BT=	℃
			PR=	/分
出生年月日 (公历) /生年月日 (西曆)	年/年 月/月 日/日 (岁/歳)		BP=	mmHg
			RR=	/分
身高、体重 / 身長・体重	厘米/cm 公斤/kg		SPO2=	%
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：			

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
 怀孕过/妊娠したことがある
- 在“怀孕过”上划勾的患者，请填写下面的怀孕史
 /「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		

目前是否有在治疗的疾病，或者以前曾经治疗过的疾病？
現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？

否/いいえ 是/はい

→在“是”上划勾的患者，请在疾病一览表选择疾病名称，填写接受过治疗的医疗机构的名称。
/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

疾病名称 (可以填写下列一览表的号码) /疾患名 (下記リスト番号可)	治疗经过 /治療経過	医疗机构名称 /医療機関名
	<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	
	<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	
	<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	
	<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	

<疾病一览表/疾患リスト>

疾病的分类 /疾患の系統	疾病名称 /疾患名
① 消化系统疾病 /消化器系の疾患	a. 胃溃疡 /消化器潰瘍 b. 肝炎/肝炎 c. 肝硬化 /肝硬変 d. 其他/その他
② 循环系统疾病 /循環器系の疾患	a. 高血压 /高血圧 b. 心绞痛、心肌梗塞 /狭心症・心筋梗塞 c. 心律不齐/不整脈 d. 心力衰竭 /心不全 e. 其他/その他
③ 呼吸系统疾病 /呼吸器系の疾患	a. 哮喘/喘息 b. 慢性阻塞性肺疾病 /慢性閉塞性肺疾患 c. 肺炎 /肺炎 d. 肺结核 /肺結核 e. 其他/その他
④ 肾、泌尿系统疾病 /腎・泌尿器系の疾患	a. 慢性肾功能不全 /慢性腎不全 b. 肾结石、输尿管结石 /腎・尿管結石 c. 尿路感染 /尿路感染症 d. 其他/その他
⑤ 脑神经系统疾病 /脳神経系の疾患	a. 脑梗塞 /脳梗塞 b. 脑出血 /脳出血 c. 癫痫/てんかん d. 其他/その他
⑥ 内分泌代谢系统疾病 /内分泌代謝系の疾患	a. 糖尿病 /糖尿病 b. 高脂血症 /高脂血症 c. 甲状腺机能障碍 /甲状腺機能障害 d. 高尿酸血症 /高尿酸血症 e. 其他/その他
⑦ 骨骼、肌肉的疾病 /骨・筋肉の疾患	a. 风湿性、类风湿性关 节炎 / 関節リウマチ b. 骨质疏松症 /骨粗鬆症 c. 膝关节病 /変形性膝関節症 d. 椎间盘突出 /椎間板ヘルニア e. 痛风 / 痛風 f. 其他/その他
⑧ 妇产科疾病 /産婦人科の疾患	a. 子宫肌瘤 /子宮筋腫 b. 痛经 /月経困難症 c. 不孕/不妊症 d. 其他/その他
⑨ 眼睛疾病 /眼の疾患	a. 白内障/白内障 b. 青光眼/緑内障 c. 视网膜病变/網膜症 d. 其他/その他
⑩ 恶性肿瘤 /悪性腫瘍	a. 胃癌 /胃がん b. 大肠癌 /大腸がん c. 肝癌、胆囊癌、胰腺 癌 / 肝臓・胆のう・膵臓がん d. 乳腺癌 /乳がん e. 子宫癌/子宮がん f. 肺癌/肺癌 g. 其他/その他
⑪ 精神疾病 /精神の疾患	a. 忧郁症/うつ病 b. 精神分裂症 /統合失調症 c. 其他/その他
⑫ 耳鼻喉科疾病 /耳鼻科の疾患	a. 耳聋 /難聴 b. 头晕/めまい c. 耳鸣/耳鳴 d. 花粉症/花粉症 e. 其他/その他
⑬ 血液疾病 /血液の疾患	a. 贫血/貧血 b. 白血病/白血病 c. 其他/その他
⑭ 皮肤病 /皮膚の疾患	a. 特异性皮炎 /アトピー性皮膚炎 b. 癣症(足癬) /白癬症 (水虫) c. 其他/その他

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：