

Анкета щодо акушерства та гінекології

/Obstetrics and Gynecology Questionnaire/産婦人科 問診票

Ім'я та прізвище пацієнта /Name of patient /患者氏名				Тільки для персоналу /For staff only /医療機関記入欄	BT=	°C
Дата народження /Date of birth /生年月日 (西暦)	Рік /Year/年	Місяць /Month/月	День /Day/日		PR=	хв./min./分
	(Років/Years old/歳)		BP=	мм ртут. стовп. /mmHg	
Зріст/Вага/Height/Weight/身長・体重		см/cm	кг/kg	RR=	хв./min./分	
Алергії/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Їжа/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Ліки/Medicine/薬:			SPO2=	%	
				Стать/Sex/性別		<input type="checkbox"/> Чоловіча/Male/男性 <input type="checkbox"/> Жіноча/Female/女性

Яка сьогодні проблема? (Позначте все, що застосовно)/What is the problem today? (Check all that apply.)
/今日どのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Вагітність
/Pregnancy/妊娠 | <input type="checkbox"/> Розлад менструального циклу
/Menstrual disorder
/月経異常 | <input type="checkbox"/> Менструальний біль
/Menstrual pain/月経痛 | <input type="checkbox"/> Виділення з піхви
/Vaginal discharge
/おりもの | <input type="checkbox"/> Аномальна вагінальна кровотеча
/Abnormal vaginal bleeding
/不正出血 | <input type="checkbox"/> Біль під час сечопускання
/Pain when urinating
/排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> Утруднене сечопускання
/Difficulty urinating
/尿がでにくい | <input type="checkbox"/> Гематурія (кров у сечі)
/Hematuria (blood in urine)
/尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> Піурія (гній у сечі)
/Pyuria (pus in urine)
/尿に膿が混じる | <input type="checkbox"/> Висип на промежінні
/Perineum rash
/会陰部にできもの | <input type="checkbox"/> Почервоніння та набряк
/Redness and swelling
/赤く腫れている | <input type="checkbox"/> Наявність болю
/Have pain
/痛みがある |
| <input type="checkbox"/> Свербіж/Itchiness
/かゆみ | <input type="checkbox"/> Нетримання сечі
/Urinary incontinence
/尿失禁 | <input type="checkbox"/> Нетримання калу
/Fecal incontinence
/便秘 | <input type="checkbox"/> Опущення матки
/Uterine prolapse
/子宮脱 | <input type="checkbox"/> Консультація з лікування
безпліддя/Consultation on
fertility treatment/不妊の相談 | <input type="checkbox"/> Блювання
/Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Нудота/Nausea
/嘔気 | <input type="checkbox"/> Обстеження на виявлення
онкологічних захворювань
/Cancer screening/がん健診 | <input type="checkbox"/> В іншій клініці (лікарні) (або під час звичайного медогляду) мені порадили звернутися сюди.
/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here. | | | |
| <input type="checkbox"/> Інше/Other(s)
/その他: | | | | | |

Я б хотів розпитати вас про менструальні цикли./I'd like to ask you about your menstrual periods.
/月経についてお伺いします。

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Скільки вам було років, коли у вас почалися менструації?
/How old were you when you started having your period?/月経がはじまったのはいつですか。 | Bik/Age
/年齢: | Коли вам було близько/When you were around
_____ років/years old/歳ごろ |
| <input type="checkbox"/> Скільки вам було років, коли у вас була остання менструація?
/How old were you when you had your last period?/月経が終わったのはいつですか。 | Bik/Age
/年齢: | Коли вам було близько/When you were around
_____ років/years old/歳ごろ |
| <input type="checkbox"/> Скільки днів триває ваш менструальний цикл?
/How many days long is your menstrual cycle?/月経周期は何日ですか。 | _____ денний менструальний цикл
/Day-menstrual cycle/日型 | <input type="checkbox"/> Нерегулярний
/Irregular/不定期で不順 |
| <input type="checkbox"/> Скільки днів в середньому тривають менструації?
/How many days do periods last on average?/平均月経持続日数は何日ですか。 | _____ Тривалість вашого менструального циклу у днях
/Day-length of your menstrual period/日間 | |
| <input type="checkbox"/> Які у вас звичайні виділення?/What is your usual flow?
/月経の量はどのぐらいですか。 | <input type="checkbox"/> Слабкі/Light
/少ない | <input type="checkbox"/> Нормальні
/Normal/普通 |
| <input type="checkbox"/> Чи бувають у вас болі під час менструації?
/Do you have any pain during your periods?/月経痛はありますか。 | <input type="checkbox"/> Ні/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> Так/Yes
/はい |
- Якщо ви відповіли «Так» і приймаєте знеболювальні ліки, то напишіть їхню назву.
/If you answered "Yes" and take a pain killer, write the name of that pain killer.
/「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。**
Знеболювальні ліки/Pain killer/鎮痛剤:
- | | | | |
|--|----------------|--------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Коли у вас була остання менструація?
/When was your last period?/最終月経はいつですか。 | Рік
/Year/年 | Місяць
/Month/月 | День
/Day/日 |
|--|----------------|--------------------|----------------|

Чи був у вас коли-небудь статевий акт?/Have you ever had sexual intercourse?
/今までに性交渉の経験がありますか。

- Ні/No
/いいえ Так/Yes
/はい

Чи проходили ви коли-небудь тест на рак матки?/Have you ever had a uterine cancer test?
/子宮がん検診を受けたことがありますか。

- Ні/No
/いいえ Так/Yes
/はい

***Якщо раніше у вас вже була хірургічна операція, впишіть її дату.
/If you had a surgery before, write its date./受けたことがある方は日付を書いてください。**

Рік /Year/年	Місяць /Month/月	День /Day/日
----------------	--------------------	----------------

Чи приймали ви коли-небудь протизаплідні таблетки?/Have you ever taken birth control pills?
/ピル(避妊薬)を飲んでいたことがありますか。

- Ні/No
/いいえ Так/Yes
/はい

Ви вагітні чи можете бути вагітні?/Are you pregnant or possibly pregnant?
/妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- Ні/No
/いいえ Так/Yes/はい
(_____ Тижні/Weeks/週) Не знаю/Do not know/わからない

Ви годуєте груддю?/Are you breastfeeding?
/現在、授乳中ですか?

- Ні/No
/いいえ Так/Yes
/はい

Я хотів би розпитати вас про минулі вагітності. Якщо Ви вели посібник з охорони здоров'я матері та дитини під час своїх минулих вагітностей, то будьте готові показати його./I'd like to ask you about past pregnancies. If you had Maternal and Child Health Handbook(s) for your past pregnancies, please be prepared to present them.
/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。

- У мене не було вагітності/Have no history of pregnancy /妊娠したことがない
 Якщо ви позначили галочкою «У мене була вагітність», напишіть свою історію вагітності нижче.
 /If you checked "I had a pregnancy", write your pregnancy history below.
- Я мала вагітність (вагітності)/Have a history of pregnancy /妊娠したことがある
 /「妊娠したことがある」に印された方は下の妊娠歴をお書きください。

	Рік/Місяць/День/Year/Month/Day /年月日	Пологи/Delivery/分娩	Був викидень чи ні /Had a miscarriage or not /流産の有無	Була аномальна вагітність чи ні/Had abnormal pregnancy or not/異常妊娠の有無	Тижні вагітності /Weeks of pregnancy/週数
Перша дитина /First baby /1人目	_____ Рік/Year/年 _____ Місяць/Month/月 _____ День/Day/日	<input type="checkbox"/> Природні пологи /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> Кесарів розтин /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Викидень/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> Аборт/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Так/Yes/あり <input type="checkbox"/> Ні/No/なし	_____ Тижні /Weeks/週
Друга дитина /Second baby /2人目	_____ Рік/Year/年 _____ Місяць/Month/月 _____ День/Day/日	<input type="checkbox"/> Природні пологи /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> Кесарів розтин /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Викидень/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> Аборт/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Так/Yes/あり <input type="checkbox"/> Ні/No/なし	_____ Тижні /Weeks/週
Третя дитина/Third baby /3人目	_____ Рік/Year/年 _____ Місяць/Month/月 _____ День/Day/日	<input type="checkbox"/> Природні пологи /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> Кесарів розтин /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Викидень/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> Аборт/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Так/Yes/あり <input type="checkbox"/> Ні/No/なし	_____ Тижні /Weeks/週
Четверта дитина /Fourth baby /4人目	_____ Рік/Year/年 _____ Місяць/Month/月 _____ День/Day/日	<input type="checkbox"/> Природні пологи /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> Кесарів розтин /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Викидень/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> Аборт/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Так/Yes/あり <input type="checkbox"/> Ні/No/なし	_____ Тижні /Weeks/週
П'ята дитина /Fifth baby /5人目	_____ Рік/Year/年 _____ Місяць/Month/月 _____ День/Day/日	<input type="checkbox"/> Природні пологи /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> Кесарів розтин /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Викидень/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> Аборт/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Так/Yes/あり <input type="checkbox"/> Ні/No/なし	_____ Тижні /Weeks/週

Чи мали ви проблеми під час вагітності або пологів?/Did you have any problems during your pregnancy or delivery?
/過去に妊娠中・分娩時などの異常はありましたか。

- Ні/No /いいえ Так/Yes /はい
 *Якщо ви поставили галочку біля «Так», то позначте наведені нижче застосовні пункти.
 /If you checked "Yes", check the following items that apply.
 /「はい」に印された方は、下の項目で当てはまるものに、印してください。
- Артеріальна гіпертензія /Hypertension/高血圧 Цукровий діабет /Diabetes mellitus /糖尿病
 Мала проблеми зі згортанням крові /Had a problem with blood clotting /出血が止まりにくかった Набряк/Swelling /むくみ Загроза передчасних пологів /Threatened premature delivery/切迫早産
 Копч/Convulsion /けいれん Інше/Other(s)/その他 :

Якщо ви вагітні, хотіли б народжувати у цій лікарні?/If you are pregnant, would you like to have the baby at this hospital?
/妊娠の方は当院での出産を希望されますか。

- Ні/No /いいえ Так/Yes /はい

Який характер симптому?/What is the symptom like?
/症状はどのような性質を持っていますか。

- Постійний/Constant/絶え間なく、続いている Симптом поступово посилюється/The symptom is gradually worsening.
 /徐々にひどくなってきている
- Симптом з'являється і зникає/The symptom comes and goes. Інше/Other(s)/その他 :

Коли виник цей симптом?/When did the symptom start?
/この症状はいつからありますか。

Рік _____ Місяць _____ День _____ Від близько/From about _____ : _____ до полудня/am/після полудня/pm
 /Year /Month /Day 午前・午後 時 分ごろから

Чи приймаєте ви наразі якісь ліки, у тому числі вітаміни та харчові добавки?
/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?
/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- Ні/No /いいえ Так/Yes /はい
 *Покажіть нам свої ліки або медичну карту (книжку)/Show us your medication or medication record (notebook).
 /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。

	Назва ліків /Name of medications /お薬の名前	Як приймати або використовувати ліки /How to take or use your medication /飲み方・使い方		Назва ліків /Name of medications /お薬の名前	Як приймати або використовувати ліки /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

Перебуваєте ви нині чи перебували раніше під опікою лікаря?/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past? /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?

Ні/No /いいえ Так/Yes /はい

Якщо ви вказали «Так», виберіть стан з переліку і напишіть назву лікарні, де вас лікували.
/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.
/「はい」に印した人は、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。

Назва захворювання (Впишіть номер із наведеного нижче переліку) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Хід лікування/Treatment progress /治療経過	Назва лікарні/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Припинення лікування/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Припинення лікування/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Припинення лікування/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Припинення лікування/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	

<Перелік хвороб/List of diseases/疾患リスト>

Система хвороби /System of disease/疾患の系統	Назви хвороби/Disease names /疾患名				
① Захворювання травної системи/Digestive disease /消化器系の疾患	a. Виразкова хвороба /Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. Гепатит/Hepatitis /肝炎	c. Цироз печінки /Hepatic cirrhosis /肝硬変	d. Інше/Others/その他	
② Хвороба система кровообігу /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Гіпертонія /Hypertension/高血圧	b. Стенокардія/інфаркт міокарда /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. Аритмія/Arrhythmia /不整脈	d. Серцева недостатність /Heart failure/心不全	e. Інше/Others/その他
③ Захворювання органів дихання /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Астма/Asthma/喘息	b. Хронічне обструктивне захворювання легень /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. Пневмонія/Pneumonia /肺炎	d. Туберкульоз легень /Pulmonary tuberculosis /肺結核	e. Інше/Others/その他
④ Нирково-урологічні захворювання /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Хронічна ниркова недостатність /Chronic renal failure /慢性腎不全	b. Сечокам'яна (нирковокам'яна) хвороба /Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. Інфекція сечовивідних шляхів /Urinary tract infection /尿路感染症	d. Інше/Others/その他	
⑤ Захворювання головного мозку та нервової системи /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Ішемічний інсульт /Cerebral infarction /脳梗塞	b. Геморагічний інсульт /Cerebral hemorrhage /脳出血	c. Епілепсія/Epilepsy /てんかん	d. Інше/Others/その他	
⑥ Ендокринне або метаболічне захворювання/Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Цукровий діабет /Diabetes mellitus /糖尿病	b. Гіперліпідемія /Hyperlipidemia /高脂血症	c. Порушення функції щитоподібної залози /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. Гіперурикемія /Hyperuricemia /高尿酸血症	e. Інше/Others/その他
⑦ Захворювання кісток або м'язів /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Ревматоїдний артрит /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. Остеопороз /Osteoporosis /骨粗鬆症	c. Остеоартрит /Osteoarthritis /変形性膝関節症	d. Грижі міжхребцевих дисків /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア	e. Подагра/Gout/痛風
⑧ Акушерсько-гінекологічні захворювання/Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. Міоми матки /Uterine fibroids /子宮筋腫	b. Дисменорея /Dysmenorrhea /月経困難症	c. Безпліддя /Infertility/不妊症	d. Інше/Others/その他	
⑨ Хвороба очей/Eye disease /眼の疾患	a. Катаракта/Cataract /白内障	b. Глаукома/Glaucoma /緑内障	c. Ретинопатія /Retinopathy/網膜症	d. Інше/Others/その他	
⑩ Злоякісні утворення /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Рак шлунка /Stomach cancer /胃がん	b. Рак товстої кишки /Colon cancer /大腸がん	c. Рак печінки/жовчного міхура/підшлункової залози /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん	d. Рак молочної залози /Breast cancer/乳がん	e. Рак матки /Uterine cancer /子宮がん
	f. Рак легень /Lung cancer/肺癌	g. Інше/Others/その他			
⑪ Психічні захворювання /Mental disease /精神の疾患	a. Депресія/Depression /うつ病	b. Шизофренія /Schizophrenia /統合失調症	c. Інше/Others/その他		
⑫ Отоларингологічні хвороби /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Погіршення слуху /Impaired hearing /難聴	b. Запаморочення /Dizziness/めまい	c. Шум у вухах /Ear noise/耳鳴	d. Пилкова алергія /Pollen allergy/花粉症	e. Інше/Others/その他
⑬ Захворювання крові /Blood disease /血液の疾患	a. Анемія/Anemia/貧血	b. Лейкемія/Leukemia /白血病	c. Інше/Others/その他		
⑭ Шкірні захворювання /Skin disease /皮膚の疾患	a. Атопічний дерматит /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. Лишай (грибкове захворювання ніг) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫)	c. Інше/Others/その他		

Вам коли-небудь робили хірургічну операцію?/Have you ever had surgery?
/今までに手術をしたことがありますか。

- Ні/No /いいえ Так/Yes /はい

Якщо ви вказали «Так», напишіть історію хірургічної операції.
/If you checked "Yes", write the history of your surgery.
/「はい」に印した方は下に手術歴を書いてください。

Назви хвороб/Disease names /疾患名	Назва вашої хірургічної операції /Name of your surgery/手術名	Коли вам зробили хірургічну операцію /When you had the surgery /手術をした時期	Лікарня, де вам зробили хірургічну операцію /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※Якщо ви не впевнені щодо точної дати хірургічної операції, укажіть рік або вік.
/If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.
/※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。

Ви палите регулярно?/Do you smoke regularly?
/習慣的に、たばこを吸いますか。

- Ні/No /いいえ Так/Yes /はい Раніше палив/ла/Used to smoke /以前吸っていた

Споживання сигарет /Cigarette consumption/喫煙量	Тривалість паління/Duration of smoking /喫煙期間	Рік, коли ви кинули палити /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ сигарет(-а, -и) на день cigarettes/Day 本/日	_____ Рік/Year/年	_____ Рік/Year/年 _____ Місяць/Month/月

*Якщо ще палите, то залиште порожнє місце у питанні про рік, коли ви кинули палити.
/If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.
/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おいてください。

Ви регулярно п'єте алкогольні напої?/Do you drink regularly?
/習慣的にお酒を飲みますか。

- Ні/No /いいえ Так/Yes /はい Раніше регулярно пив/ла/Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Пиво/Beer/ビール _____ мл/день/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Віскі/Whisky/ウイスキー _____ мл/день/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Японське sake /Japanese sake/日本酒 _____ мл/день/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Вино/Wine/ワイン _____ мл/день/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Інше/Other(s)/その他 _____ мл/день/ml /Day/日	

Якщо ви жінка, дайте відповідь на наведені нижче запитання нижче. Ви вагітні чи можете бути вагітні?
/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- Ні/No /いいえ Так/Yes /はい Не знаю/Do not know/わからない

Ви годуєте груддю?/Are you breastfeeding?
/現在、授乳中ですか。

- Ні/No /いいえ Так/Yes /はい

Якщо у вас є особливі побажання щодо консультації, вкажіть.
/If you have a special request concerning the consultation, check the box.
/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- Я хочу, щоб мене заздалегідь інформували про передбачувані медичні витрати.
/I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- Я хочу мати перекладача, якщо є послуга перекладача.
/I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- Інше/Other(s)/その他 :