

Obstetrics and Gynecology Questionnaire/産婦人科 問診票

°C	°BT=م الجسم حرارة درجة	للموظفين فقط /For staff only /医療機関記入欄				اسم المريض /Name of patient /患者氏名
/min/في الدقيقة	=PR=معدل النبض					تاريخ الميلاد /Date of birth /生年月日 (西暦)
分			يوم/Day/日	شهر/Month/月	سنة/Year/年	
mmHg	=BP=ضغط الدم		عامًا/Years old/歳)			
/min/في الدقيقة	=RR=معدل التنفس				الوزن/Height/Weight/身長・体重	
分						
%	=SPO2=تشبع الأوكسجين في الدم				الحساسية/ /Allergies アレルギーの有無	

ما هي مشكلتك اليوم؟ (حدّد جميع ما ينطبق.)
/What is the problem today? (Check all that apply.)
/今日は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。）

☐	ألم عند التبول /Pain when urinating /排尿時痛	☐	نزيف مهبلي غير طبيعي/Abnormal vaginal bleeding/不正出血	☐	إفرازات مهبلية /Vaginal discharge /おりもの	☐	آلام الدورة الشهرية /Menstrual pain /月経痛	☐	اضطرابات الدورة الشهرية /Menstrual disorder /月経異常	☐	الحمل/Pregnancy/妊娠
☐	أشعر بالألم /Have pain /痛みがある	☐	/احمرار وتورم /Redness and swelling /赤く腫れている	☐	طفح جلدي في العجان /Perineum rash /会陰部にできもの	☐	صديد البول (صديد في البول) /Pyuria (pus in urine) /尿に膿が混じる	☐	بيلة دموية (دم في البول) /Hematuria (blood in urine) /尿に血が混じる	☐	صعوبة في التبول /Difficulty urinating /尿がでにくい
☐	تقيؤ/Vomiting/嘔吐	☐	استشارة حول علاج الخصوبة /Consultation on fertility treatment /不妊の相談	☐	تدلي الرحم /Uterine prolapse /子宮脱	☐	سلس البراز /Fecal incontinence /便失禁	☐	سلس البول /Urinary incontinence /尿失禁	☐	حكة /Itchiness /かゆみ
☐					نصحتني عيادة/مستشفى أخرى (أو في فحص دوري) بالحضور إلى هنا /I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here. /他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)	☐	فحص السرطان /Cancer screening /がん健診	☐	غثيان/Nausea/嘔気	☐	
										☐	أخرى/Other(s)/その他 :

أود أن أسألك عن دورتك الشهرية
/I'd like to ask you about your menstrual periods.
/月経についてお伺いします。

☐	عامةً تقريبًا _____ عندما كنت في عمر /When you were around _____ years old /歳ごろ	العمر/Age/年齢 :	كم كان عمرك عند بدء دورتك الشهرية؟ 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。	
☐	عامةً تقريبًا _____ عندما كنت في عمر /When you were around _____ years old /歳ごろ	العمر/Age/年齢 :	كم كان عمرك عند آخر دورة شهرية لك؟ How old were you when you had your last period?/月経が終わったのはいつですか。	
☐	غير منتظم /Irregular /不規則で不順	Day-مدة الدورة الشهرية بالأيام menstrual cycle/日型	كم عدد أيام دورتك الشهرية؟ How many days long is your menstrual cycle?/月経周期は何日ですか。	
☐		Day-length of your menstrual period/日間	كم عدد أيام الدورة الشهرية في المتوسط؟ How many days do periods last on average?/平均月経持続日数は何日ですか。	
☐	غزارة/Heavy/多い	طبيعي/Normal/普通	خفيف/Light/少ない	ما هو معدل تدفقها المعتاد؟ What is your usual flow?/月経の量はどのぐらいですか。
		نعم/Yes/はい	No/いいえ	هل تشعرين بأي ألم أثناء دورتك الشهرية؟ Do you have any pain during your periods?/月経痛はありますか。

إذا كانت إجابتك "نعم" وتناولت مسكنًا للألم، فاكتبي اسم هذا المسكن
/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。

مسكن/Pain killer/鎮痛剤 :

يوم/Day/日	شهر/Month/月	سنة/Year/年	When was your last period?/最終月経はいつですか。

هل مارستَ الجنس من قبل؟
/Have you ever had sexual intercourse?
/今までに性交渉の経験がありますか。

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい

هل أجريت فحص سرطان الرحم من قبل؟
/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。

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい

إذا خضعت لعملية جراحية سابقة، فاكثبي تاريخها* /If you had a surgerv before, write its date./ 受けたことがある方は日付を書いてください。

يوم/Day/日	شهر/Month/月	سنة/Year/年	

هل تناولت حبوب منع الحمل من قبل؟
/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。

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい

هل أنت حامل أو من المحتمل أن تكوني حاملًا؟
/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。

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい ☐ Do not know/わからない ☐ لا أعرف

هل ترضعين طفلك رضاعة طبيعية؟
/Are you breastfeeding?
/現在、授乳中ですか？

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい

هل تخضع أو خضعت، لرعاية طبيب في الماضي؟

/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？

إذا كانت إجابتك "نعم"، فاختر الحالة من القائمة، واكتب اسم المستشفى الذي تلقيت فيه العلاج

/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.

☐ لا/No/いいえ ☐ نعم/Yes/はい

/「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。

اسم المستشفى /Hospital name /医療機関名	تقدم العلاج /Treatment progress /治療経過	اسم المرض (اكتب الرقم من القائمة التالية) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名（下記リスト番号可）
	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Recovered/治癒 ☐ Untreated/未治療 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断	
	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Recovered/治癒 ☐ Untreated/未治療 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断	
	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Recovered/治癒 ☐ Untreated/未治療 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断	
	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Recovered/治癒 ☐ Untreated/未治療 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断	

< List of diseases/疾患リスト >

تصنيف الأمراض حسب الجهاز /System of disease /疾患の系統				أسماء الأمراض/疾患名/Disease names	
①	أمراض الجهاز الهضمي /Digestive disease /消化器系の疾患	أ. قرحة هضمية /Peptic ulcer /消化器潰瘍	أ. التهاب الكبد Hepatitis/肝炎 ب. تليف الكبد /Hepatic cirrhosis /肝硬化	ج. Others/その他 د. أخرى	
②	أمراض الجهاز الدوري /Circulatory system disease /循環器系の疾患	أ. ارتفاع ضغط الدم /Hypertension /高血圧	ب. الذبحة الصدرية/احتشاء عضلة القلب /Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	ج. اضطراب ضربات القلب /Arrhythmia /不整脈	د. قصور القلب Heart failure/心不全 هـ. Others/その他 أخرى
③	أمراض الجهاز التنفسي /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	أ. الربو Asthma/喘息	ب. مرض الانسداد الرئوي المزمن /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	ج. التهاب الرئوي /Pneumonia /肺炎	د. السل الرئوي /Pulmonary tuberculosis /肺結核 هـ. Others/その他 أخرى
④	أمراض الكلى والمسالك البولية /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	أ. الفشل الكلوي المزمن /Renal/urinary stone /腎・尿管結石	ب. حصوات الكلى/البول /Urinary tract infection /尿路感染症	ج. التهاب المسالك البولية /Urinary tract infection /尿路感染症	د. Others/その他 أخرى
⑤	أمراض الدماغ والجهاز العصبي /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	أ. احتشاء دماغي /Cerebral infarction /脳梗塞	ب. نزيف دماغي /Cerebral hemorrhage /脳出血	ج. Epilepsy/てんかん د. الصرع	هـ. Others/その他 أخرى
⑥	أمراض الغدد الصماء أو الأيضية /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	أ. داء السكري /Diabetes mellitus /糖尿病	ب. فرط شحميات الدم /Hyperlipidemia /高脂血症	ج. قصور الغدة الدرقية /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	د. فرط حمض يوريك الدم /Hyperuricemia /高尿酸血症 هـ. Others/その他 أخرى
⑦	أمراض العظام أو العضلات /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	أ. التهاب المفاصل الروماتويدي /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	ب. هشاشة العظام /Osteoporosis /骨粗鬆症	ج. التهاب عظمي مفصلي /Osteoarthritis /変形性膝関節症	د. انزلاق غضروفي بين الفقرات /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア هـ. النقرس Gout/痛風
		هـ. Others/その他 أخرى			
⑧	أمراض النساء والتوليد Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	أ. الأورام الليفية الرحمية /Uterine fibroids /子宮筋腫	ب. عسر الطمث /Dysmenorrhea /月経困難症	ج. Infertility/不妊症 د. العقم	هـ. Others/その他 أخرى
⑨	أمراض العيون /Eye disease /眼の疾患	أ. إعتام عدسة العين Cataract/白内障	ب. الجلوكوما Glaucoma/緑内障	ج. اعتلال الشبكية Retinopathy/網膜症	د. Others/その他 أخرى
⑩	الأورام الخبيثة /Malignant tumor /悪性腫瘍	أ. سرطان المعدة Stomach cancer/胃がん	ب. سرطان القولون Colon cancer/大腸がん	ج. سرطان الكبد المراة/البيكريانس/ /Liver/gallbladder /pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん	د. سرطان الثدي Breast cancer/乳がん
		هـ. Others/その他 أخرى			
⑪	الأمراض العقلية /Mental disease /精神の疾患	أ. الاكتئاب Depression/うつ病	ب. انفصام الشخصية /Schizophrenia /統合失調症	ج. Others/その他 أخرى	
⑫	أمراض الأنف والأذن والحنجرة /ENT disease /耳鼻科の疾患	أ. ضعف السمع /Impaired hearing /難聴	ب. دوخة Dizziness/めまい	ج. طنين الأذن Ear noise/耳鳴	د. حساسية حبوب اللقاح Pollen allergy /花粉症 هـ. Others/その他 أخرى
⑬	أمراض الدم /Blood disease /血液の疾患	أ. فقر الدم Anemia/貧血	ب. سرطان الدم Leukemia/白血病	ج. Others/その他 أخرى	
⑭	أمراض الجلد /Skin disease /皮膚の疾患	أ. التهاب جلدي تألقي /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	ب. سعفة القدم (مرض قدم الرياضي) Tinea (athlete's foot) /白癬症（水虫）	ج. Others/その他 أخرى	

هل خضعت لجراحة من قبل؟
/Have you ever had surgery?
/今までに手術をしたことがありますか。

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

☐ If you checked "Yes", write the history of your surgery. / 「はい」 に☑した方は下に手術歴を書いてください。

☐ فكتب تاريخ الجراحة التي أجريتها.

المستشفى الذي أجريت فيه الجراحة /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関	تاريخ إجراء الجراحة /When you had the surgery /手術をした時期	اسم جراحتك /Name of your surgery /手術名	أسماء الأمراض /Disease names /疾患名

إذا لم تكن متأكدًا من تاريخ الجراحة الدقيق، فاكتب السنة أو العمر✖

/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。

هل تدخن بانتظام؟
/Do you smoke regularly?
/習慣的に、たばこを吸いますか？

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

☐ كنت أدخن سابقًا/Used to smoke/以前吸っていた

سنة الإقلاع عن التدخين Cigarette consumption/喫煙量	مدة التدخين Duration of smoking/喫煙期間	سنة التوقف عن التدخين Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
سنة/Year/年 شهر/Month/月	سنة/Year/年	سجارات/ات/اليوم cigarettes/Day 本/日

إذا كنت لا تزال مدخنًا، فترك السؤال الخاص بالسنة التي أوقعت فيها عن التدخين فارغًا

/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。

هل تشرب الكحول بانتظام؟
/Do you drink regularly?
/習慣的にお酒を飲みますか？

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

☐ كنت أتناول بانتظام/Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

☐ يوم/Day/日 / ml/مل Whisky/ウイスキー	☐ يوم/Day/日 / ml/مل Beer/ビール
☐ يوم/Day/日 / ml/مل Wine/ワイン	☐ يوم/Day/日 / ml/مل Japanese sake/日本酒
☐ يوم/Day/日 / ml/مل Other(s)/その他	☐ يوم/Day/日 / ml/مل Other(s)/その他

إذا كان لديك أي استفسار خاص بخصوص الاستشارة، فيُرجى وضع علامة في المربع

/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。

☐ 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。

☐ 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。

☐ Other(s)/その他 :

أعدت هذه الترجمة العربية تحت إشراف أطباء أو خبراء قانونيين أو غيرهم. وفي حال وجود أي اختلاف في التفسير بسبب اختلافات دقيقة في اللغات أو الأنظمة ذات الصلة، تُعطى الأولوية للنسخة اليابانية الأصلية.

This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。