

患者氏名：

患者 ID：

妇产科 问诊表/産婦人科 問診票

请在符合的项目上打勾。 / あてはまるものにチェックしてください。

患者姓名/ 患者氏名		日期/ 日付	年 月 日 / 年 / 月 / 日
出生日期/ 生年月日	年/ 年 月/ 月 日/ 日	性别/ 性別	<input type="checkbox"/> 男/ 男 <input type="checkbox"/> 女/ 女
身高・体重/ 身長・体重	厘米/ cm 公斤/ kg	年龄/ 年齢	周岁/ 歳
语言/ 言語		国籍/ 国籍	

生活状况/ 生活状況

- 有需要护理的家属/ 介護しなければならない家族がいる 有幼儿/ 幼い子どもがいる
老年人家庭/ 高齢者世帯 独居/ 独居 单亲母亲家庭/ 母子家庭
其他/ その他 ()

职业/ 職業

- 全职/ 常勤雇用 小时工/ パートタイム 个体工商户/ 自営業
退休/ 退職 无业/ 無職

你哪里不舒服? / どうしましたか?

- 妊娠/ 妊娠 月经异常/ 月経の異常 白带/ おりもの
下腹部疼痛/ 下腹部が痛い 生殖器异常出血/ 不正性器出血 息肉/ ポリープ
卵巢囊肿/ 卵巣のう腫 外阴瘙痒/ 性器のかゆみ 子宫肌瘤/ 子宮筋腫
癌症体检/ がん検診 不孕症/ 不妊症 贫血/ 貧血
痉挛/ ひきつけをおこす 其他/ その他 ()

发病时间/ それはいつからですか?

从 年/年 月/月 日/日 开始/ ごろから

月经/ 月経について

初潮年齢/ 初めて月経があったのはいつですか? ____岁/ 歳

绝经年齢/ 閉経はいつですか? ____岁/ 歳

月经周期/ 周期について

- 28 天/ 28 日型 30 天/ 30 日型 ____天/ 日型 不规则/ 不順

平均月经持续天数/ 平均月経持続日数は?

____天/ 日間

经量/ 月経の量について

- 多/ 多い 普通/ 普通 少/ 少ない

有痛经吗? / 月経痛はありますか?

- 有/ はい 无/ いいえ

最后一次月经来潮时间/ 最終月経は?

____月/ 月 ____日/ 日

有过性行为吗? / 今までに性行為をした事がありますか?

- 有/ はい 无/ いいえ

*也请填写下一页/ ※次のページもご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

到现在为止，有得过的病吗？ / 今までにかかった病気はありますか？

- 胃肠道疾病/ 胃腸の病気 肝病/ 肝臓の病気 心脏病/ 心臓の病気
 肾脏疾病/ 腎臓の病気 呼吸系统疾病/ 呼吸器の病気 血液病/ 血液の病気
 神经系统疾病/ 脳・神経系の病気 恶性肿瘤/ 癌
 甲状腺疾病/ 甲状腺の病気 糖尿病/ 糖尿病 其他/ その他 ()

发病年龄/ それは何歳の時ですか？

____ 岁/ 歳

吸烟吗？ / たばこを吸いますか？

- 吸/ 吸う → 现在/ 現在： ____ 支/天/ 本/日 吸烟史/ 喫煙歴： __ 年/年
 以前吸过/ 以前吸っていた → 过去/ 過去： ____ 支/天/ 本/日 吸烟史/ 喫煙歴： __ 年/年
 不吸/ 吸わない

喝酒吗？ / お酒を飲みますか？

- 喝/ はい → _____ 毫升/天/ ml/日 不喝/ いいえ

接受过手术吗？ / 手術を受けたことがありますか？

- 有/ はい 无/ いいえ

手术时间/ いつごろですか？

____ 年/ 年 ____ 月/ 月 (手术名称/ 手術名： _____)

接受过麻醉吗？ / 麻酔を受けたことがありますか？

- 有/ はい → 全身麻醉/ 全身麻酔 局部麻醉/ 局所麻酔
 无/ いいえ

出现过麻醉后不良反应吗？ / 麻酔をして何かトラブルがありましたか？

- 有/ はい 无/ いいえ

输过血吗？ / 輸血を受けたことがありますか？

- 有/ はい 无/ いいえ

出现过输血后不良反应吗？ / 輸血をして何かトラブルがありましたか？

- 有/ はい 无/ いいえ

以后是否能自己带翻译来？ / 今後、通訳を自分で連れてくることができますか？

- 是/ はい 否/ いいえ