

妇产科问诊表 (一)

産婦人科問診票 (一)

年 月 日

姓名 名前	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
住址 住所	电话 電話	
是否持有健康保险证	健康保険を持っていますか	
<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 没有 いええ	
国籍		

有何症状? どうしましたか

<input type="checkbox"/> 怀孕 妊娠	<input type="checkbox"/> 月经异常 生理の異常	<input type="checkbox"/> 外阴搔痒 性器のかゆみ
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 白带异常 おりもの異常	<input type="checkbox"/> 异常出血 不規則の出血
<input type="checkbox"/> 息肉 ポリープ	<input type="checkbox"/> 卵巢囊肿 卵巣のう腫	<input type="checkbox"/> 久婚不孕 不妊症
<input type="checkbox"/> 贫血 貧血	<input type="checkbox"/> 子宫肌瘤 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 涂片检查 がん検診
<input type="checkbox"/> 其他 その他		

有关月经的既往史 月経について

初潮年齢 初めて生理があつたのはいつですか _____ 岁 才

闭经年齢 閉経年齢 _____ 岁 才

月经是否规律 生理は順調ですか 是 はい 否 いええ

一个周期 周期について 28天 28日型 30天 30日型

_____ 天 何日型 无规律 不順

持续时间 持続期間 _____ 天 日

月经量 多 少 一般

是否痛经 生理痛について

无 なし

有 あり → 下腹部剧痛 腰部疼痛 其他 その他

最后一次月经 最終月経は

始于 _____ 年 _____ 月 _____ 日から

共 _____ 天 日間

妊娠史 妊娠暦

怀孕 _____ 次

<input type="checkbox"/> 分娩 _____ 次回	<input type="checkbox"/> 正常分娩 _____ 次 回
<input type="checkbox"/> 流产 _____ 次回	<input type="checkbox"/> 异常分娩 異常分娩 _____ 次 回
<input type="checkbox"/> 其他 其他 _____	<input type="checkbox"/> 自然流产 _____ 次 回
	<input type="checkbox"/> 人工流产 人工中絶 _____ 次 回

(宫外孕 子宮外妊娠 葡萄胎 泡状奇胎)

是否接受过子宫涂片检查? がん検診を受けたことがありますか

无 なし 有 あり → _____ 年 _____ 月 _____ 日

家族病史 家族の病歴	年齢	健康	不健康	遗传性疾病	高血压病	糖尿病	癌症
父亲		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母亲		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄弟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
姐妹 姉妹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
丈夫 夫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子女 子供		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

妇产科问诊表(二)

産婦人科問診票(二)

是否有药物或食物过敏史	薬や食物でアレルギーを生じることがありますか	
<input type="checkbox"/> 无 いいえ		
<input type="checkbox"/> 有 はい→	<input type="checkbox"/> 药物 薬 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 其他 その他	
是否正在服药?	現在毎日飲んでいる薬がありますか	
<input type="checkbox"/> 否 いいえ		
<input type="checkbox"/> 是 はい→	如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください	
迄今为止曾患过何种疾病?	今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> 肠胃病 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> 肝脏病 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> 心脏病 心臓の病気
<input type="checkbox"/> 肾脏病 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> 结核病 結核	<input type="checkbox"/> 高血压 高血圧症
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 哮喘 喘息
<input type="checkbox"/> 艾滋病 エイズ	<input type="checkbox"/> 其他 その他	
所患疾病是否已治愈?	その病気は治りましたか	
<input type="checkbox"/> 否 いいえ	<input type="checkbox"/> 是 はい	
是否接受过手术治疗?	手術をうけたことがありますか	
<input type="checkbox"/> 否 いいえ	<input type="checkbox"/> 是 はい	
是否接受过输血?	輸血をうけたことがありますか	
<input type="checkbox"/> 否 いいえ	<input type="checkbox"/> 是 はい	