

## GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

## 産婦人科問診票

Marque com (✓) nos  a baixo.

ano 年    mês 月    dia 日

nome 名前    data de nascimento: 生年月日 \_\_\_\_ ano 年 \_\_\_\_ mês 月 \_\_\_\_ dia 日

endereço 住所    telefone 電話

Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか?  
 não 無     sim 有

nacionalidade 国籍    idioma 言葉

Qual é o motivo da sua vinda ao hospital? ご来院の目的は

- gravidez 妊娠     menstruação irregular 月経異常     anemia 貧血  
 hemorragia no intervalo dos períodos 不正性器出血     pólipos ポリープ  
 coceira nas partes íntimas 性器のかゆみ     dor no ventre 腰痛  
 fibroma no útero 子宮筋腫     quisto no ovário 卵巣のう腫瘍     esterilidade 不妊症  
 corrimento おりもの     exame de câncer がん検診     outros その他

Menstruação? 月経について

- \* Quando foi a sua primeira menstruação? 初めて生理があったのはいつですか idade 年齢 \_\_\_\_  
 \* Quando teve a menopausa? 閉経はいつですか idade 年齢 \_\_\_\_  
 \* Suas regras são regulares? 生理は順調ですか     não いいえ     sim はい  
 \* intervalo 周期について  
 28 dias 28日型     30 dias 30日型     \_\_\_\_ dias 日型     irregular 不順  
 \* Quantos dias duram suas regras? 持続期間について Durante \_\_\_\_ dias 日間  
 \* quantidade 生理の量について  
 excessivo 多い     normal 普通     escasso 少ない  
 \* cólica 生理痛について  
 não 無     sim 有 →  dor no baixo ventre 下腹部     dor nos quadris 腰痛  
 outros その他  
 \* Quando foi a sua última menstruação? 最終月経は  
 em \_\_\_\_ ano 年 \_\_\_\_ mês 月 \_\_\_\_ dia 日から por \_\_\_\_ dias 日間

Histórico da gravidez 妊娠歴

- gravidez 妊娠 → \_\_\_\_ vezes 回  
 partos 分娩 → \_\_\_\_ vezes 回 →  parto normal 正常分娩 \_\_\_\_ vezes 回  
 parto anormal 異常分娩 \_\_\_\_ vezes 回  
 aborto 流産 → \_\_\_\_ vezes 回 →  aborto natural 自然流産 \_\_\_\_ vezes 回  
 aborto provocado 人工流産 \_\_\_\_ vezes 回  
 outros その他 →  gravidez fora do útero 子宮外妊娠     embrião anormal 胎状奇胎

Para quem está grávida : deseja ter o parto nesse hospital? 妊娠の方は当院でのお産を希望しますか

- não いいえ     sim はい

Teve alergia a remédios ou comidas? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

- não 無     sim 有 →  remédio 薬     comida 食物     outros その他

Está tomando remédios atualmente? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

- não 無     sim 有 → Mostre-me o remédio. 持っていれば見せてください

Ja fez exame de câncer? がん検診を受けたことがありますか

- não 無     sim 有 → \_\_\_\_ ano 年 \_\_\_\_ mês 月 \_\_\_\_ dia 日

Histórico clínico do paciente? 今までにかかった病気はありますか

- doença no fígado 肝臓の病気     doença renal 腎臓の病気     doença cardíaca 心臓の病気  
 tuberculose 結核症     doença venérea 性病     AIDS エイズ  
 hipertensão 高血圧症     apendicite 虫垂炎     reumatismo リウマチ  
 outros その他

Submeteu-se a alguma cirurgia? 手術を受けたことがありますか

- não 無     sim 有 → idade 年齢: \_\_\_\_ anos 歳 \_\_\_\_ meses ヶ月

Recebeu transfusão de sangue? 輸血を受けたことがありますか

- não 無     sim 有

Histórico Familiar 家族の病歴

	idade 年齢	saudável 元気	está doente 元気ではない	doenças hereditárias 遺伝病	hipertensão 高血圧	diabetes 糖尿病	câncer 癌
pai verdadeiro 父		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mãe verdadeiro 母		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
irmão 兄弟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
irmã 姉妹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
marido 夫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
filhos 子供		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

produced by 国際交流/ハーティ港南台    directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。