

# GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

## 産婦人科問診票

Señale los síntomas con (✓).

año 年 mes 月 día 日

Nombre 名前 Fecha de nacimiento: 生年月日 \_\_\_\_ año 年 \_\_\_\_ mes 月 \_\_\_\_ día 日

Dirección 住所 Teléfono 電話

¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか?  
 no 無  sí 有

Nacionalidad 国籍 Idioma 言葉

Motivo de la venida al hospital 来院の目的は

embarazo 妊娠  menstruación irregular 月経異常  anemia 貧血  
 hemorragia vaginal fuera de período 不正性器出血  pólipo ポリープ  
 dolor de vientre 腹痛  picazón en los órganos genitales 性器のかゆみ  
 mioma de útero 子宮筋腫  quiste de ovario 卵巣のう腫瘍  infertilidad 不妊症  
 flujo おりもの  reconocimiento del cáncer がん検診  otros その他

Sobre su menstruación 月経について

\* su primera menstruación 初めて生理があったのはいつですか edad 年齢 \_\_\_\_\_

\* ¿Cuándo entró en la menopausia? 閉経はいつですか edad 年齢 \_\_\_\_\_

\* ¿Tiene menstruaciones regulares? 生理は順調ですか  
 no いいえ  sí はい

\* ciclo 周期について  
 28 días 28日型  30 días 30日型  \_\_\_\_ días 日型  irregular 不順

\* duración de la menstruación 持続期間について  
 \_\_\_\_ días 日間

\* cantidad de menstruación 生理の量について  
 mucho 多い  normal 普通  poco 少ない

\* ¿Tiene dolores menstruales? 生理痛について  
 no 無  sí 有 →  dolor de abdomen bajo 下腹部  dolor de lumbar 腰痛  otros その他

\* ¿Cuándo tuvo la última menstruación? 最終月経は  
 desde \_\_\_\_ año 年 \_\_\_\_ mes 月 \_\_\_\_ día 日から durante \_\_\_\_ días 日間

Preguntas con relación a embarazos y partos 妊娠歴

embarazo 妊娠 → \_\_\_\_ veces 回

partos 分娩 → \_\_\_\_ veces 回 →  parto normal 正常分娩 \_\_\_\_ veces 回  
 parto anormal 異常分娩 \_\_\_\_ veces 回  
 aborto 流産 → \_\_\_\_ veces 回  aborto natural 自然流産 \_\_\_\_ veces 回  
 aborto provocado 人工流産 \_\_\_\_ veces 回

otros その他 →  embarazo extrauterino 子宮外妊娠  embrión deforme espumajoso 胞状奇胎

¿Si usted está embarazada, quiere dar a luz en este hospital? 妊娠の方は当院でのお産を希望しますか  
 no いいえ  sí はい

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか  
 no 無  sí 有 →  medicina 薬  alimentos 食物  otros その他

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在毎日飲んでいる薬はありますか  
 no 無  sí 有 → Si los tiene muéstrellos. 持っていれば見せてください

¿Se ha hecho la prueba del cáncer? がん検診を受けたことがありますか  
 no 無  sí 有 → \_\_\_\_ año 年 \_\_\_\_ mes 月 \_\_\_\_ día 日

¿Qué enfermedades ha padecido? 過去にどのような病気をしましたか

enfermedad del hígado 肝臓の病気  enfermedad nefrítica(riñones) 腎臓の病気  
 enfermedad cardíaca 心臓の病気  tuberculosis 結核症  SIDA エイズ  
 enfermedades venéreas 性病  hipertensión arterial 高血圧症  
 apendicitis 虫垂炎  reumatismo リウマチ  otros その他

¿Le han operado alguna vez? 手術をうけたことがありますか  
 no 無  sí 有 → edad 年齢: \_\_\_\_ años 歳 \_\_\_\_ meses ヶ月

¿Ha recibido transfusión de sangre alguna vez? 輸血をうけたことがありますか  
 no 無  sí 有

En su familia 家族の病歴

	Edad 年齢	Vivo 生存	Fallecido 死亡	enfermedad hereditaria 遺伝病	hipertensión 高血圧	diabetes 糖尿病	cáncer 癌
Padre 父		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre 母		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano 兄弟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana 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"/>
Hijos 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。