



さんふじんか き
産婦人科で聞かれること

妇产科的问诊事项

～どんなことを聞かれるの?～

～医生会问到哪些问题?～

- **あなた自身のことについて質問します**

(关于您自身的问诊项目)

なまえ
名前 (姓名)

せいねんがっぴ
生年月日 (出生年月日)

じゅうしょ
住所 (住址)

でんわ ばんごう
電話番号 (电话号码)

こくせき
国籍 (国籍)

げんご
言語 (母语)

しんちよう
身長 (身高) 厘米

たいじゅう になんまへ たいじゅう
体重 (妊娠前の体重: 怀孕前的体重) 公斤

ほけん うむ しゅるい
保険の有無と種類 (是否加入了保险以及加入的保险种类)

あり なし しゅるい
有 (有) 無 (无) 種類 (种类)



にほんご
日本語のレベル（日语水平）

1) 話す（会話）

- (1) 話すことができる（能说得很好）
- (2) だいたい話すことができる（大体上能说）
- (3) 少しだけ話すことができる（会说一点儿）
- (4) まったく話せない（一点儿都不会说）

2) 聞く（听力）

- (1) 相手の話していることがわかる（能够听懂对方说的日语）
- (2) 相手の話していることがだいたいわかる（日语对话能听懂个大概）
- (3) 相手の話していることが少しだけわかる（只能听懂一点儿）
- (4) まったくわからない（一点也听不懂）

3) 書く（写作）

- (1) 書くことができる（能用日语写作）
- (2) だいたい書くことができる（能用日语写个大概）
- (3) 少しだけ書くことができる（用日语写作的水平很有限）
- (4) まったく書けない（一点儿也不会写）

あなたの家族や友人、お知り合いの方で、日本語を通訳できる人はいますか？

（在您的亲戚家人以及朋友、认识的人当中，有能帮您做日文翻译的人吗？）

あり(有) なし(无) かんけい(关系)

年齢の数え方は国によって多少の違いがあります。生まれた年月日を正しく教えてください。また国籍や日本語のレベルは診察を進めていく上で重要な情報です。

年齢的计算方法因国家而异，请准确地填写您的出生年月日。此外，国籍以及日语程度也将会成为今后医生做门诊检查时的重要情报。

・あなたの^{じょうたい}状態^{しつもん}について質問します。

(有关您身体状况的问诊项目)

1. どうしましたか? 当^あてはまるものすべてにチェックしてください。

(您怎么了, 哪儿不舒服? 请在符合您症状的所有的项目前面打上记号。)

^{げっけい}月経^{はけ}がとまった ^{はけ}吐き気^{にんしん}がある ^{にんしん}妊娠^{にんしん}かもしれない
 月经没来 恶心想吐 好像是怀孕了

^{にんしん}妊娠^{じぶん}かもしれない: 自分でチェックしたら + だった (いつ:)
 好像是怀孕了: 自己用试纸测试的结果是阳性 (什么时候:)

^{げっけいふじゆん}月経不順 ^{げっけいがい}月経^{しゅっけつ}以外の出血^{げっけいつう}がある ^{げっけいつう}月経痛 おりもの ^{がいにんぶ}外陰部^{がいにんぶ}がかゆい
 月经不规律 经期之外有出血现象 痛经 白带异常 外阴部瘙痒

^{かふくぶつう}下腹部^{しきゅうきんしゅ}痛 ^{しきゅうきんしゅ}子宮^{らんそう}筋腫^{しゅ} ^{らんそう}卵巣^{しゅ}のう腫 ^{ふにんそうだん}不妊^{ふにんそうだん}相談
 小腹疼痛 子宫肌瘤 卵巢囊肿 想咨询有关不孕的问题

^{けんしん}がん^{けんしん}検診 ^たその他 ()
 想做癌症检查 其它 ()

どんな理由^{りゆう}で来院^{らいいん}して、どんな症^{しょうじょう}状^{じょうじょう}があるのかを事前^{じぜん}に知るための質問^しです。出血^{しゅっけつ}や腹痛^{ふくつう}が妊娠^{にんしん}のことも
あれば、何か他の病^{なに}気^{ほか}の場合^{びょうき}もあるからです。

为什么来就诊、有什么症状等项目都是在就诊之前需要提前了解的问题。比如出血或是腹部疼痛的情况,
有可能是怀孕, 也有可能是患有其他疾病。

・あなたの^{げっけい}月経^{せいり}(生理)^{しつもん}について質問します。

(关于您的月经情况的问诊项目)

2. ^{げっけい}月経^{せいり}(生理)についてお答え^{こた}ください。(请回答您的月经情况)

1) ^{はじ}初^{げっけい}めの月経^{なんさい}は何歳^{さい}ごろですか? () 歳^{さい}ごろ

初潮(第一次月经来潮)是在什么时候? 大约_____岁

2) 一番最後の月経はいつですか？ (最后一次月经是什么时候?)

()年()月()日 から ()日間
从()年()月()日开始, 共()天

3) 月経周期について (有关月经周期的问题)

・ 順調ですか? いいえ はい
是否有规律? 没有规律 有规律

()日型
周期(每次间隔天数)是()天

・ 持続期間 ()日間
持续天数 ()天

・ 量: 多いようである 普通 少ないようである
经血量: 比较多 一般 比较少

・ 月経痛が ない ある
是否有痛经? 没有 有

月経痛があると答えた場合: 痛みが つよい まあまあ 弱い
如果是回答有痛经: 疼痛程度 剧烈 一般 轻微

鎮痛剤を 内服する ときどき内服する がまんできる
止痛药 需要服用 有时服用 可以忍耐

婦人科特有の質問で、隠れている病気を探するための基本情報として質問します。

妊娠している場合は、予定日の確認のためでもあります。

这些是妇产科特有的问诊内容, 医生掌握这些基本情报也是为了便于诊断是否还患有其他不易被发现的疾病。如果是怀孕了, 也可以此推算出预产期。

- あなたの^{にんしん}妊娠について^{しつもん}質問します。

(关于妊娠的问诊项目)

3. ^{にんしん}妊娠について^{こた}お答えください。(请回答您的妊娠经历)

- 1) ^{いま}今までに^{にんしん}妊娠したことがありますか? いいえ はい
以前是否有过怀孕经历? 没有 有

- はいと^{こた}答えた方: ^{かた}妊娠 () ^{かい}回
如果是回答有: 怀过 () 次

^{ぶんべん}分娩 () ^{かい}回・・・ ^{うち}うち ^{ていおうせっかい}帝王切開 () ^{かい}回
分娩次数 () 次・・・ 其中 ^{ぶつぽく}剖腹产 () 次

^{りゅうざん}流産 () ^{かい}回 / ^{じんこうにんしんちゅうぜつ}人工妊娠中絶 () ^{かい}回
流产/小产 () 次 / 人工流产 () 次

^{しきゅうがいにんしん}子宮外妊娠 () ^{かい}回 / ^たその他 ()
子宫外孕 () 次 / 其它 ()

4. ^{にんしん}妊娠している場合、^{ぼあい}当院での^{とういん}お産を^{さん}希望しますか? いいえ はい
如果是确诊怀孕了, 您是否愿意在本院分娩? 不 愿意

5. ^{ぐすり}薬や^{しょくもつ}食物などにアレルギーがありますか? いいえ はい
是否有药物或食物等的过敏症? 没有 有

- はいと^{こた}答えた方: ^{ぐすり}薬 () ^{しょくもつ}食物 () ^たその他 ()
如果您回答有 药物是 () 食物是 () 其它 ()

6. ^{げんざいの}現在飲んでいる^{ぐすり}薬はありますか? いいえ はい
现在是否正在服药? 没有 正在服用

^{しゅるい}種類 ()

服用的药品名称 ()

ぶんべん けいけん ぜんかい ぶんべん こんかい ぶんべんほうほう えいきょう ばあい しつもん りゅうざん じんこうにんしん
分娩の経験は、前回の分娩が、今回の分娩方法に影響 する場合があります。また流産 や人工妊娠

ちゅうぜつ けいけん こんかい にんしん けいか み ひつよう じょうほう じょうほう つた
中絶 の経験は、今回の妊娠の経過を見ていくうえで必要な情報 です。パートナーであっても、この情報 を伝える
ことはありません。

因为前一次的分娩情况会影响到这次的分娩方式，所以有必要了解您既往的妊娠经历。另外，小产和人工流产的经历也是诊断这次妊娠过程的重要参考依据。这些情况即使是对您的伴侣，医生也不会透露的。

7. がん検診を受けたことがありますか？（以前是否接受过癌症早期检查？）

- いいえ はい（ 年 月 日 ）
 没有 接受过（大约在 年 月 ）

8. 今までに手術を受けたことがありますか？ いいえ はい

以前是否接受过手术治疗？ 没有 做过手术

・はいと答えた方：どんな病気でしたか？（ ）（ 年 月 日 ）

如果是回答做过：因为什么疾病？（ ）手术时间（ 年 月 日 ）

9. 過去にどのように病気をしましたか？

以前患过什么疾病？

- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 胃腸の病気
<input type="checkbox"/> 腸胃病 | <input type="checkbox"/> 肝臓の病気
<input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> 心脏病 | <input type="checkbox"/> 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/> 结核病 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧症
<input type="checkbox"/> 高血压病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 喘息
<input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> エイズ
<input type="checkbox"/> 艾滋病 | <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 |
| <input type="checkbox"/> 性病
<input type="checkbox"/> 性病 | <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 其他（ ） | | | |

10. 輸血を受けたことがありますか？（是否接受过输血治疗？）

- いいえ はい
 没有 接受过

*この問診票は、国際交流ハーティ港南台の「多言語問診票」を参考に作成しました。

本问诊单是参考国际交流哈提港南台编写的《多语种问诊单》而制做完成的。