

1

さんふじんか 産婦人科でできること

(Questionnaire chez le gynécologue)



なまえ	
生年月日	年 月 日
年れい	歳
住所	〒
電話	
国籍	
言語	
通訳	あり 関係・家族・友人・通訳者・その他 なし
身長	cm
妊娠前の体重	kg
保険	あり (必ずもってきてください) なし

Nom	
Date de naissance	(année/mois/date)
Âge	
Adresse	〒
Numéro de telephone	
Nationalité	
Langue Maternelle	
Possession d'interprète (si nécessaire)	OUI Relation: Famille·Ami·Traducteur·Autre NON
Taille	cm
Poids avant la grossesse	kg
Assurance médicale	OUI(à présenter) NON

日本語のレベルについて

あてはまるところに○をつけてください。

	はなす	きく	かく	よむ
1	まったくはなせない	まったくわからない	まったくかけない	まったくよめない
2	あいさつができる	あいさつがわかる	ひらがなが少しかける	ひらがなが少しわかる
3	かんたんな会話が	かんたんな会話が	ひらがなが	ひらがなが
4	日常会話が	日常会話が	漢字も	漢字も

Niveau du Japonais

Marquez Osur votre niveau

	Parlé	compréhension orale	Ecrit	lu
1	Non existant	Non existant	Non existant	Non existant
2	Je peux saluer	Je comprends un peu	J'écris un peu de Hiragana	Je comprends un peu de Hiragana
3	Moyen	Moyen	J'écris Hiragana	Je comprends Hiragana
4	Bon	Bon	J'écris Kanji	Je comprends Kanji

いま までかかったことがある病気について

あてはまるところに☑をつけてください。

- 子宮筋腫
- 卵巣のう腫
- 胃腸の病気()
- 肝臓の病気()
- 心臓の病気()
- 腎臓の病気()
- 甲状腺の病気()
- 高血圧症
- 糖尿病
- 喘息

- 感染症 ある なし
- 淋病 クラミジア 梅毒
 - 尖圭コンジローマ 性器ヘルペス
 - トリコモナス B型肝炎 C型肝炎
 - HIV 結核
 - その他()

手術をうけたことがありますか？ はい いいえ

はい⇒ 年 月

手術した部位

()

輸血をうけたことがありますか？ はい いいえ

はい⇒ 年 月

理由

()

Les maladies que vous avez déjà eu

Marquez☑ sur les questions ci-dessous dans votre cas

- Myome utérine
- Kyste ovarien
- Maladie estomac ()
- Maladie du foie ()
- Maladie cardiaque()
- Maladie de rein ()
- Maladie thyroïdienne ()
- Hypertension
- Diabète
- Asthme

Maladie infectieuse OUI NON

- blennorragie chlamydia syphilis
- verrue génital herpès génital
- trichomonas hépatiteB
- hépatiteC HIV tuberculose
- Autre()

Avez-vous déjà eu une opération ?

OUI NON

Si 'OUI' quand? ➔ ___/___ année/mois

De quel type?

()

Avez-vous déjà eu une transfusion du sang?

OUI NON

Si 'OUI' ➔ ___/___ année/mois

Pour quelle raison?

()

妊娠について

1. 前の妊娠について

- ・妊娠したことはありますか？ はい いいえ
- ・妊娠()回 分娩()回

2. 分娩について

わかる範囲でよいので、以下の表にかいてください。

	年	性別	体重	経膣分娩・ 帝王切開	生・死
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 死
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 死
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 死
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 死

3. 今回の妊娠について

以下の希望はありますか？

- ・アルコール消毒を使える はい いいえ
- ・輸血できる はい いいえ
- ・医師の性別の希望がある はい いいえ
- ・お祈りの時間の希望がある はい いいえ
- ・お祈りの場所希望がある はい いいえ
- ・その他の希望がある はい いいえ
- ➡()
- ・薬や食物などにアレルギーはありますか？
はい いいえ
- ➡くすり()
食物()
その他()
- ・当院でのお産を希望しますか？
はい いいえ

※この問診票は、NPO法人国際交流ハーティ港南台と公益財団法人かながわ国際交流財団が作成した「多言語医療問診票」を参考に作成しました。

Questionnaires sur votre grossesse

1. Votre Grossesse

- ・Avez-vous déjà été enceinte ? OUI NON
- ・grossesse()fois, accouchement()fois

2. Votre Accouchement

Remplir le tableau ci-dessous :

	Année	sexe	poids	accouchement/ césarienne	vivant ou mort-né
1		<input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> fille	g	<input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> césarienne	<input type="checkbox"/> vie <input type="checkbox"/> mort
2		<input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> fille	g	<input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> césarienne	<input type="checkbox"/> vie <input type="checkbox"/> mort
3		<input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> fille	g	<input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> césarienne	<input type="checkbox"/> vie <input type="checkbox"/> mort
4		<input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> fille	g	<input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> césarienne	<input type="checkbox"/> vie <input type="checkbox"/> mort

3. Sur la présente grossesse

Avez-vous des souhaits en particulier ?

- ・désinfection à l' alcool OUI NON
- ・transfusion du sang OUI NON
- ・choir le sexe du docteur OUI NON
- ・avoir du temps pour prier OUI NON
- ・choisir le lieu de prière OUI NON
- ・autre OUI NON
- ➡()
- ・Avez-vous des allergies ?
(médicament ou aliment) OUI NON
- ➡médicament ()
aliment ()
autre ()
- ・Voulez-vous accoucher dans cet hôpital ?
OUI NON

※ Ces questionnaires sont créés en Questionnaire multilingue International Community Hearty Kounandai et Kanagawa International Foundation