

1

さんふじんか

産婦人科でできること

(häufig gestellte Fragen

beim Frauenarzt)



なまえ	
せいねんがつび 生年月日	ねん がつ じち 年 月 日
ねんれい 年れい	さい 歳
じゅうしょ 住所	〒
でんわ 電話	
こくき 国籍	
げんご 言語	
つうやく 通訳	あり かんけい: 家族・友人・通訳者・その他 なし
しんちよう 身長	cm
にんしんまゑ 妊娠前の体重	kg
ほけん 保険	あり (必ずもってきてください) なし

Name	
Geburtsdatum	Jahr/Monat/Tag
Alter	alt Jahre
Adresse	〒
Telefonnummer	
Staatsangehörigkeit	
Sprache	
Dolmetscher	Ja Beziehung: Familie, Freunde, Dolmescher, sonstiges Nein
Größe	cm
Gewicht vor der Schwangerschaft	kg
Versicherung	Ja (bitte mitbringen) Nein

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	ひらがながかける	ひらがながわかる
4	日常生活が	日常生活が	漢字もかける	漢字もわかる

Sprachniveau von japanisch

Bitte markieren Sie passende Felder mit 'O'

	Sprechen	Hören	Schreiben	Lesen
1	kaum	kaum	kaum	kaum
2	Begrüßung	Begrüßung	Hiragana teilweise	Hiragana teilweise
3	Einfache Kommunikation	Einfache Kommunikation	Hiragana alles	Hiragana alles
4	Alltags-sprache	Alltags-sprache	Kanji auch	Kanji auch

たいちよう
体調について

きよう
今日はどうしましたか？あてはまるところに☑をつつけてください。

- 生理がとまった
- 吐き気
- 妊娠かもしれない
➔ 自分で検査した はい いいえ
- 生理が規則的にこない
- 生理のときお腹が痛い
- 外陰部がかゆい
- お腹が痛い
- 不妊について聞きたい
- その他()

げっけい
月経について

はじめての月経の 年れい	さい 歳
いちばんさいごの月経	ねん がつ 日にち 年 月 日 から 日間
月経は順調ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
月経周期について	にちかんしゅうき 日間周期 にちかんつづ 日間続く
量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
月経痛	<input type="checkbox"/> ある ➔ <input type="checkbox"/> 生活に支障がある <input type="checkbox"/> がまんできない <input type="checkbox"/> 多少ある <input type="checkbox"/> ない
痛み止め	<input type="checkbox"/> いつもつかう <input type="checkbox"/> つかわない

Ihr Gesundheitsstatus

Haben Sie momentan Probleme?
Bitte markieren Sie passende Stelle.

- Meine Tage kommt nicht
- Übelkeit
- Schwangerschaftsverdacht
➔ selbst kontrolliert Ja Nein
- Meine Tage sind unregelmäßig
- Bauchschmerzen während der Tage
- äußere intime Stelle juckt
- Bauchschmerzen
- Fragen über Unfruchtbarkeit
- Sonstiges ()

Über die Periode

Alter bei der ersten Periode	
Ihre letzte Periode	Ab Jahr/Monat/Tag (Periodendauer/ Tagen)
Haben Sie Ihre Periode regelmäßig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Periodenzyklus	Jede Tag(en)
Blutungsmenge	<input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> wenig
Regelschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja ➔ <input type="checkbox"/> Problem im Alltag <input type="checkbox"/> unerträglich <input type="checkbox"/> mehr oder weniger <input type="checkbox"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Jedes mal <input type="checkbox"/> keine Verwendung

いま
今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

()

Frühere Erkrankungen

Bitte markieren Sie passende Stelle.

- Uterusmyom
- Ovarialzyste
- Magen-Darm-Erkrankungen ()
- Lebererkrankungen ()
- Herzerkrankungen ()
- Nierenerkrankungen ()
- Schilddrüsenerkrankungen ()
- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus
- Asthma

- Infektionskrankheit Ja Nein
- Gonorrhoe Chlamydiose Syphilis
 - Genitalwarzen Genitalherpes
 - Trichomoniasis Hepatitis B
 - Hepatitis C HIV Tuberkulose
 - Sonstiges ()

Hatten Sie bisher eine Operation?

Ja Nein

Ja ➡ Jahr/Monat

Was wurde operiert?

()

Hatten Sie bisher Bluttransfusion?

Ja Nein

Ja ➡ Jahr/Monat

Ursache

()

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	経膈分娩・ 帝王切開	生・死
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <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"/> 経膈分娩 <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"/> 経膈分娩 <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"/> 経膈分娩 <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
→<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。

Über die Schwangerschaft

1. Letzte Schwangerschaft

- ・Waren Sie schon mal Schwanger? Ja Nein
- ・Wie oft Schwanger ()
Wie oft Entbindung ()

2. Über die Entbindung

Bitte schreiben Sie was Sie antworten können

	Alter	Geschlecht	Gewicht	Kaiserschnitt	lebend·tot
1		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	g	<input type="checkbox"/> natürliche Geburt <input type="checkbox"/> kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> lebend <input type="checkbox"/> tot
2		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	g	<input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> lebend <input type="checkbox"/> tot
3		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	g	<input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> lebend <input type="checkbox"/> tot
4		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	g	<input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> lebend <input type="checkbox"/> tot

3. Diesmalige Schwangerschaft

Haben Sie besondere Wünsche?

- ・Alkoholische Desinfektionsmittel verwendbar Ja Nein
- ・Bluttransfusion möglich Ja Nein
- ・Geschlechtswunsch von Ärzten Ja Nein
- ・Gewünschte Zeit für Beten Ja Nein
- ・Gewünschte Ort für Beten Ja Nein
- ・sonstige Wünsche Ja Nein
→()
- ・Haben Sie Allergie bei Medikamenten oder Essen? Ja Nein
→Medikamente ()
Essen ()
sonstiges ()
- ・Wollen Sie bei unserer Klinik entbinden? Ja Nein

※Diese Fragebogen werden vielsprachige Fragebogen von NPO internationale Harty Konandai und Kanagawa international Austausch e.V. als Vorlage genommen.