

# OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

さん ふ じん か もんしんひょう  
産婦人科問診票

español  
スペイン語

Señale los síntomas con  あてはまるものにチェックしてください

año ねん  
年

mes がつ  
月

día 日にち  
日

Nombre 名前 <small>なまえ</small>			<input type="checkbox"/> Hombre 男 <small>おとこ</small>	<input type="checkbox"/> Mujer 女 <small>おんな</small>
Fecha de nacimiento: 生年月日 <small>せいねんがらび</small>	_____ año 年 <small>ねん</small>	_____ mes 月 <small>がつ</small>	_____ día 日 <small>にち</small>	Teléfono 電話 <small>でんわ</small>
Dirección 住所 <small>じゅうしょ</small>				
¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか? <small>けんこうほけんも</small>	<input type="checkbox"/> sí はい		<input type="checkbox"/> no いいえ	
Nacionalidad 国籍 <small>こくせき</small>		Idioma 言葉 <small>ことば</small>		

¿Qué le ha pasado? どうしましたか

embarazo 妊娠 にんしん   
 menstruación irregular 月経の異常 げっけい いじょう   
 flujo おりもの   
 dolor en el bajo vientre 下腹部が痛い かぶくぶいた  
 hemorragia vaginal fuera de período 不正性器出血 ふせいせいきしゅけつ   
 pólipo ポリープ   
 quiste de ovario 卵巣の腫瘍 らんそうしゅよう  
 picazón en los órganos genitales 性器のかゆみ せいき   
 mioma de útero 子宮筋腫 しきゅうきんしゅ  
 reconocimiento del cáncer がん検診 がんけんしん   
 infertilidad 不妊症 ふにんしやう   
 anemia 貧血 ひんけつ   
 otros その他 た

Sobre su menstruación 生理について せいり

su primera menstruación 初めての生理があったのはいつですか はじめてせいりがあったのはいつですか    edad \_\_\_\_\_ 才 さい

¿Cuándo entró en la menopausia? 閉経はいつですか へいけいはいつですか    edad \_\_\_\_\_ 才 さい

¿Tiene menstruaciones regulares? 生理は順調ですか せいりはじゆんてうですか     sí はい     no いいえ

Ciclo 周期について しゅうき     28 días 28日型 にちがた     30 días 30日型 にちがた     \_\_\_\_\_ días 日型 にちがた     irregular 不順 ふじゆん

Duración de la menstruación 生理の期間について せいりまかん    \_\_\_\_\_ días 日間 にちかん

Cantidad de menstruación 生理の量について せいりりやう     mucho 多い おおい     normal 普通 ふつう     poco 少ない すくない

¿Tiene dolores menstruales? 生理痛はありますか せいりつう     sí はい     no いいえ

¿Cuándo tuvo la última menstruación? 最終月経は さいしゅうげっけい    \_\_\_\_\_ mes 月 がつ    \_\_\_\_\_ día 日 にち

Preguntas con relación a embarazos y partos 妊娠した回数 にんしんかめいすう

embarazo 妊娠 \_\_\_\_\_ veces 回 にんしんかい  
 partos 分娩 \_\_\_\_\_ veces 回 →  parto normal 正常分娩 \_\_\_\_\_ veces 回 せいじようぶんべんかい     parto anormal 異常分娩 \_\_\_\_\_ veces 回 いじやうぶんべんかい  
 aborto 流産 \_\_\_\_\_ veces 回 →  aborto natural 自然流産 \_\_\_\_\_ veces 回 しぜんりゅうざんかい     aborto provocado 人工流産 \_\_\_\_\_ veces 回 じんこうりゅうざんかい  
 otros その他 た     embarazo extrauterino 子宮外妊娠 しきゅうがいにんしん     embrión deforme espumajoso 胞状奇胎 ほうじやうきたい

¿Si usted está embarazada, quiere dar a luz en este hospital? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか にんしんかたとういんしゅつざんきぼう     sí はい     no いいえ

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか くすり た もの で

sí はい →  medicina 薬 くすり     alimentos 食べ物 た もの     otros その他 た     no いいえ

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在飲んでいる薬はありますか げんざいのくすり

sí はい → Si los tiene muéstrellos. 持っていれば見せてください も みて     no いいえ

¿Se ha hecho la prueba del cáncer? がん検診を受けたことがありますか けんしんう

sí はい → \_\_\_\_\_ año 年 ねん    \_\_\_\_\_ mes 月 がつ    \_\_\_\_\_ día 日 にち     no いいえ

¿Qué enfermedades ha padecido? 今までにかかった病気はありますか いま びやうき

enfermedad gastrointestinal 胃腸の病気 いちょうびやうき     enfermedad del hígado 肝臓の病気 かんざうびやうき     enfermedad cardíaca 心臓の病気 しんざうびやうき  
 enfermedad nefrítica riñones 腎臓の病気 じんざうびやうき     tuberculosis 結核 けつかく     diabetes 糖尿病 とうようびやう     asma ぜんそく ぜんそく  
 hipertensión arterial 高血圧症 こうけつあつしやう     SIDA エイズ エイズ     tiroides 甲状腺の病気 こうじやうせんびやうき     sífilis 梅毒 せいびやう  
 otros その他 た

¿Le han operado alguna vez? <small>手術を受けたことがありますか</small>							<input type="checkbox"/> sí はい	<input type="checkbox"/> no いいえ
¿Ha recibido transfusión de sangre alguna vez? <small>輸血を受けたことがありますか</small>							<input type="checkbox"/> sí はい	<input type="checkbox"/> no いいえ
En su familia <small>家族の病歴</small>								
	Edad <small>年齢</small>	Vivo <small>健康</small>	Fallecido <small>健康ではない</small>	Enfermedad hereditaria <small>遺伝病</small>	Hipertensión <small>高血圧</small>	Diabetes <small>糖尿病</small>	Cáncer <small>がん</small>	
Padre <small>父</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre <small>母</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano <small>兄弟</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana <small>姉妹</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marido <small>夫</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos <small>子ども</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede venir al hospital desde la próxima consulta con alguien que le pueda ayudar en la traducción? <small>今後、通訳を自分で連れてくることができますか</small>							<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ	

〈2/2ページ〉