

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

さん ふ じん か もんしんひょう
産婦人科問診票

русский язык
ロシア語

Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты あてはまるものにチェックしてください

Год ねん _____ Месяц がつ _____ Число にち _____

Ф.и.о. <small>なまえ</small> 名前			<input type="checkbox"/> М <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな</small> 女
Дата рождения <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	_____ Год <small>ねん</small> _____	_____ Месяц <small>がつ</small> _____	_____ Число <small>にち</small> _____	Тел <small>でんわ</small> 電話 _____
Адрес <small>じゅうしょ</small> 住所				
Имеете ли медицинскую страховку? <small>けんこうほけん</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Национальность <small>こくせき</small> 国籍			Язык <small>ことば</small> 言葉 _____	

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Подтверждение беременности <small>にんしん</small> 妊娠 | <input type="checkbox"/> Нерегулярная менструация <small>げつけい</small> 月経の異常 | <input type="checkbox"/> Бели <small>おりもの</small> おりもの |
| <input type="checkbox"/> Боль в нижней части живота <small>かぶくぶ</small> 下腹部が痛い | <input type="checkbox"/> Кровотечение <small>ふせいせきしゅつ</small> 不正性器出血 | <input type="checkbox"/> Полип <small>ポリープ</small> ポリープ |
| <input type="checkbox"/> Кистозное перерождение <small>らんそう</small> 卵巣のう腫瘍 | <input type="checkbox"/> Вагинальный зуд <small>せいき</small> 性器のかゆみ | <input type="checkbox"/> Гистеремиома <small>しきゅうきんしゅ</small> 子宮筋腫 |
| <input type="checkbox"/> Осмотр на рак <small>がん</small> 検診 | <input type="checkbox"/> Бесплодие <small>ふにんしゅう</small> 不妊症 | <input type="checkbox"/> Анемия <small>ひんけつ</small> 貧血 |
| <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> その他 | | |

О менструации せいり 生理について

Первая менструация? <small>はじめて</small> 初めての生理があったのはいつですか	Возраст _____ <small>さい</small> 才
Менопауза? <small>へいけい</small> 閉経はいつですか	Возраст _____ <small>さい</small> 才
Менструация нормальна? <small>せいり</small> 生理は順調ですか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Менструальный цикл? <small>しゅうき</small> 周期について	<input type="checkbox"/> 28 дней <small>にちかた</small> 28日型 <input type="checkbox"/> 30 дней <small>にちかた</small> 30日型 <input type="checkbox"/> _____ <small>にちかた</small> 日型 <input type="checkbox"/> Нестабильный <small>ふじゆん</small> 不順
Продолжительность? <small>せいり</small> 生理の期間について	_____ <small>にちかた</small> 日型 <input type="checkbox"/> Нестабильный <small>ふじゆん</small> 不順
Объем выделений? <small>せいり</small> 生理の量について	<input type="checkbox"/> Много <small>おおい</small> 多い <input type="checkbox"/> Нормально <small>ふつう</small> 普通 <input type="checkbox"/> Мало <small>すくない</small> 少ない
Менструальная боль? <small>せいり</small> 生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Последняя менструация <small>さいしゅうげつけい</small> 最終月経は	_____ <small>がつ</small> 月 _____ <small>にち</small> 日

Сведения о беременности и родах にんしん 妊娠した回数

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Число беременностей <small>にんしん</small> 妊娠 _____ <small>かい</small> 回 | <input type="checkbox"/> Роды <small>ぶんべん</small> 分娩 _____ <small>かい</small> 回 | <input type="checkbox"/> Нормальные <small>せいじょうぶんべん</small> 正常分娩 _____ <small>かい</small> 回 | <input type="checkbox"/> Ненормальные <small>いじょうぶんべん</small> 異常分娩 _____ <small>かい</small> 回 |
| <input type="checkbox"/> Выкидыш <small>りゅうざん</small> 流産 _____ <small>かい</small> 回 | <input type="checkbox"/> Натуральный <small>しぜんりゅうざん</small> 自然流産 _____ <small>かい</small> 回 | <input type="checkbox"/> Искусственный <small>じんこうりゅうざん</small> 人工流産 _____ <small>かい</small> 回 | |
| <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> その他 | <input type="checkbox"/> Внематочная беременность <small>しじゅうがいにんしん</small> 子宮外妊娠 | <input type="checkbox"/> Пузырный занос <small>ほうじゅうさい</small> 胎状奇胎 | |

Хотите ли родить в этой больнице? にんしん 妊娠の方は当院での出産を希望しますか Да はい Нет いいえ

Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? くすり 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

- Да はい → Лекарства くすり 薬 Пища た 食べ物 Прочее その他 その他 Нет いいえ

Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? げんざい 現在飲んでる薬はありますか

- Да はい → Если имеются с собой, покажите пожалуйста も 持っていれば見せてください Нет いいえ

Подвергались ли осмотру на рак? がん 検診を受けたことがありますか

- Да はい → _____ ねん 年 _____ がつ 月 _____ にち 日 Нет いいえ

Прежние заболевания いま 今までにかった病気はありますか

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника <small>いちょう</small> 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> Заболевания печени <small>かんぞう</small> 肝臓の病気 | |
| <input type="checkbox"/> Заболевания сердца <small>しんぞう</small> 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> Заболевания почек <small>じんぞう</small> 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> Туберкулез <small>けっかく</small> 結核 |
| <input type="checkbox"/> Диабет <small>とうにょうびょう</small> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく</small> ぜんそく | <input type="checkbox"/> Гипертония <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症 |
| <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> Венерическая болезнь <small>せいびょう</small> 性病 | <input type="checkbox"/> СПИД <small>エイズ</small> エイズ |
| | | <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> その他 |

Переносили ли Вы операции ранее? <small>手術を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> Да はい	<input type="checkbox"/> Нет いいえ				
Проходили ли Вы переливание крови ранее? <small>輸血を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> Да はい	<input type="checkbox"/> Нет いいえ				
Анамнез членов семьи <small>家族の病歴</small>							
	лет <small>ねんれい</small> 年齢	Здоров <small>けんこう</small> 健康	Нездоров <small>けんこうではない</small> 健康ではない	Наследственные болезни <small>いでんびょう</small> 遺伝病	Гипертония <small>こうけつあつ</small> 高血圧	Диабет <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病	Рак <small>がん</small>
Отец <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мать <small>はは</small> 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Брат <small>きょうだい</small> 兄弟	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сестра <small>しまい</small> 姉妹	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Муж <small>おっと</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сын/Дочь <small>こども</small> 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? <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"/> Да はい		<input type="checkbox"/> Нет いいえ					

〈2/2ページ〉