

## OBSTETRIKO KAJ GINEKOLOGIO

Esperanto / エスペラント

## 産婦人科問診票

Jaro / 年 Monato / 月 Tago / 日

Nomo 名前		Aĝo 年齢
Adreso 住所		Telefono 電話
Ĉu vi portas san-asekuron? 健康保険を持っていますか	<input type="checkbox"/> Jes はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ	Nacieco 国籍
		Lingvo 言語

Kio estas viaj simptomoj? どうしましたか	<input type="checkbox"/> gravedeco 妊娠	<input type="checkbox"/> neregula menstruo 月経異常	<input type="checkbox"/> neregula sangado ĉe genera organo 不正性器出血
Metu signon (✓) al respondaj simptomoj. 該当するものをチェックして ください	<input type="checkbox"/> vagina eksudaĵo おりもの	<input type="checkbox"/> doloro ĉe ventro 腹痛	<input type="checkbox"/> polipo ポリープ
	<input type="checkbox"/> jukado ĉe vagino 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> utera miomo 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> ovaria tumoro 卵巣のう腫
	<input type="checkbox"/> deziras ekzamenon pri kancero がん検診	<input type="checkbox"/> sterileco 不妊症	<input type="checkbox"/> ceteraj その他

Pri menstruo (月経について)			
※Kiam vi havis la unuan menstruon? 初めて生理があったのはいつですか	Aĝo _____ -a jaro 年齢 歳		
※Kiam okazis via menopaŭzo? 閉経はいつですか	Aĝo _____ -a jaro 年齢 歳		
※Ĉu la ciklo estas regula? (生理は順調ですか)	<input type="checkbox"/> Jes (はい)	<input type="checkbox"/> Ne (いいえ)	
※Intervalo (周期)	<input type="checkbox"/> 28 tagoj (28日型) <input type="checkbox"/> neregula (不順)	<input type="checkbox"/> 30 tagoj (30日型)	<input type="checkbox"/> tagoj (日型)
※Periodo dum _____ tagoj. (持続期間)			
※Menstrua kvanto (生理の量)	<input type="checkbox"/> multa (多い)	<input type="checkbox"/> normala (普通)	<input type="checkbox"/> malmulta (少ない)
※Ĉu vi suferas je doloro dum la periodo? 生理痛	<input type="checkbox"/> Jes → <input type="checkbox"/> doloro de ventro 有 激しい腹痛	<input type="checkbox"/> doloro de lumbo 腰痛	<input type="checkbox"/> ceteraj その他
			<input type="checkbox"/> Ne 無
※Via lasta periodo estis dum _____ tagoj de _____ jaro _____ monato _____ tago. 最終月経は 何日間 年 月 日から			

Pri gravedeco (妊娠歴):			
Gravediĝo _____ fojoj 妊娠 回	<input type="checkbox"/> akuŝo _____ fojoj 分娩 回	<input type="checkbox"/> normala _____ fojoj 正常分娩 回	<input type="checkbox"/> nenormala _____ fojoj 異常分娩 回
	<input type="checkbox"/> aborto _____ fojoj 流産 回	<input type="checkbox"/> natura aborto _____ fojoj 自然流産 回	<input type="checkbox"/> artefarita aborto _____ fojoj 人工流産 回
	<input type="checkbox"/> cetera ( <input type="checkbox"/> ektopia gravedeco その他 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> misformita embrio (hidatidoforma) 胎状奇胎	

(demando al gravedulino) Ĉu vi deziras akuŝi en ĉi tiu hospitalo? 妊娠の方は当院でのお産を希望しますか	<input type="checkbox"/> Jes はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
---	------------------------------------	------------------------------------

Ĉu vi spertis alergion pro medikamento aŭ manĝaĵo? 薬や食べ物等でアレルギーを生じたことがありますか	<input type="checkbox"/> Jes 有 <input type="checkbox"/> Ne 無	→ <input type="checkbox"/> medikamento 薬 <input type="checkbox"/> manĝaĵo 食べ物 <input type="checkbox"/> cetera その他			
Ĉu vi nun uzas medikamenton? 現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> Jes 有 <input type="checkbox"/> Ne 無	→ Montru medikamenton, se vi nun portas! 今持っていれば、見せてください			
Ĉu vi iam ekzameniĝis pri kancero? がん検診を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Jes はい	_____ jaro _____ monato _____ tago 年 月 日 <input type="checkbox"/> Ne いいえ			
Kiun malsanon vi havis en la pasinteco? 過去にどのような病気をしましたか	<input type="checkbox"/> stomaka aŭ intesta malsano 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> rena malsano 腎臓 <input type="checkbox"/> diabeto 糖尿病 <input type="checkbox"/> aidoso エイズ	<input type="checkbox"/> hepata malsano 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> tuberkulozo 結核 <input type="checkbox"/> tiroida malsano 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> venera malsano 性病	<input type="checkbox"/> kora malsano 心臓の病気 <input type="checkbox"/> hipertensio 高血圧症 <input type="checkbox"/> astmo 喘息 <input type="checkbox"/> ceteraj その他		
Ĉu vi havis problemon je anestezo? 麻酔をしてトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Jes はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ			
Ĉu vi spertis operacion? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Jes はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ			
Ĉu vi iam ricevis sangotransfuzon? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Jes はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ			
Pri via familio: Skribu aĝon de viaj familianoj kaj marku ( ✓ ) je malsano, kiun tiu havas aŭ havis. 家族の病歴 家族の年齢を記入し、該当する欄に ( ✓ )印をつけてください					
	aĝo 年齢 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 健康ではない	heredita malsano 遺伝病	hipertensio 高血圧	diabeto 糖尿病	kancero がん
patro 父	( ) <input type="checkbox"/> sana <input type="checkbox"/> ne sana				
patrino 母	( ) <input type="checkbox"/> sana <input type="checkbox"/> ne sana				
frato(j) 兄弟	( ) <input type="checkbox"/> sana <input type="checkbox"/> ne sana				
fratino(j) 姉妹	( ) <input type="checkbox"/> sana <input type="checkbox"/> ne sana				
edzo 夫	( ) <input type="checkbox"/> sana <input type="checkbox"/> ne sana				
gefiloj 子供	( ) <input type="checkbox"/> sana(j) <input type="checkbox"/> ne sana(j)				