スペイン語版

子 宮 頸 が ん 検 診 票

Questionário para el Examen de Cáncer del Cuello Uterino

事前説明書に同意した上で、太枠内をボールペンで強くご記入ください。
Después de aceptar las instrucciones anticipadas, por favor escribir con un bolígrafo la parte remarcado de color negro.

ID	医療機関名	受診日	Este examen, no es el examen de cáncer del cuerpo uterino (cáncer endometrico)

住所 Dirección	〒 TEL.: - –	
フリガナ		生年月日/Fecha de nacimiento
氏名 Nombre		□昭和(Era Showa) _____年/año_____月/mes_____日/día □平成(Era Heisei) (　　才/años de edad cumplida)

Marque la respuesta que corresponde.

1. 子宮がん検診を受けたことはありますか。 ¿Alguna vez se realizó el examen del cáncer uterino?	ない/No (はじめて受診する方/Es la primera vez ・ ４年以上受診していない方も含む/Esto incluye, las personas que no se realizarón el examen por más de 4 años) ある/ Sí (昨年受診した/año pasado ・ ２年前に受診した/Hace dos años atráz ・ ３年前に受診した/Hace tres años atráz) ・ 不明/Desconosco
2. 結果はどうでしたか。 ¿Resultado del examen?	前回は精密検査の必要を認めず/ En el examen anterior no necesité otro examen minucioso. 過去に精密検査が必要といわれた/ En el pasado me dijerón que necesitaba un examen minucioso (alrededor del año　　年頃) (結果/Resultado　　) その他/Otros (　　)
3. 子宮頸がん予防ワクチンを接種したことはありますか。 ¿Se ha vacunado contra el cáncer uterino?	ない No ある Si → いつ受けましたか/Cuando recibió (alrededor del año　　年頃 ・ 不明/Desconosco) 回数/Cantidad de veces (１回/Una vez ・２回/Dos Veces ・３回/Tres Veces ・ 不明/Desconosco)
4. 最近の月経はいつですか。 Acerca de su última menstruación.	順調/ Regular　不順/Irregular どのように/De que manera (　　) 最終月経/ La última menstruación : 月/mes 日/dia から por ____日間/día(s) 閉経/ Entró a la menopausia (　　歳/años) / 妊娠中/Actualmente está embarazada 出産後または流産後/Esta en período, posparto, pos aborto involuntario(　　)ヵ月/mes(es)
5. 性交体験、出産はありますか。 Acerca de la relación sexual y su parto	性交体験/ Tiene experiencia de la relación sexual (あり/si tengo ・ なし/no tengo) 妊娠/Embarazo (_____回/veces) 出産/Parto (_____回/veces) 帝王切開/Cesaria (あり/Si tuve_____回/veces ・ なし/No tuve)
6. がんの既往はありますか。 ¿Tiene antecedente de cáncer?	ない/No tengo ある/ Si tengo (部位/ Parte de su cuerpo　　)
7. 現在、リング・ピル・ホルモン剤などを使用していますか。 ¿Actualmente está utilizando algun método anticonceptivo, hormonas, dispositivo intrauterino de cobre, etc.?	ない/No ある/ Si (避妊リング/ dispositivo intrauterino de cobre, ピル/ Píldora anticonceptiva, ホルモン剤/Medicamento ha base de hormona) 期間は/ El tiempo (　　) 年/año(s) → 定期的に診察を受けていますか。/ Lleva un control cada cierto tiempo? □ はい/Si　□ いいえ/ No
8. 右の処置（手術等）を受けたことがありますか。 ¿Se realizó algunos de las siguientes tratamiento o cirugía.?	ない/No ある/ Si → 子宮の手術/Cirugía del útero (　　) 卵巣の手術/Cirurgía del ovário (　　) 経過観察/Seguimiento　□ あり/Si　□ なし/No
9. ６か月以内に次のような症状はありましたか。 ¿Tuvo algunos de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses?	ない/No ある/ Sí → 閉経後出血/Sangrado posmenopáusico ・ 月経と違った出血/Sangrado aparte de su menstruación ・ 月経の量が多い/Volumen elevado de la menstruación ・ 接触出血/ Sangra después del contacto ・ 褐色のおりもの/ Secreción vaginal color marrón ・ ピンクのおりもの / Segreción vaginal color rosado.