

患者氏名：  
患者 ID：

English/英語

## Medical Questionnaire (Obstetrics and Gynecology)/産婦人科 問診票

Please check the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。

<b>Patient name/</b> 患者氏名		<b>Date/</b> 日付	year	month	day
			/年	/月	/日
<b>Date of birth/</b> 生年月日	year/年	month/月	day/日	<b>Sex/</b> 性別	<input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女
<b>Height and weight/</b> 身長・体重	cm	kg	<b>Age/</b> 年齢	years old/ 歳	
<b>Language/</b> 言語		<b>Nationality/</b> 国籍			

**What brought you here today?/** どうしましたか？

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pregnancy/ 妊娠                | <input type="checkbox"/> Abnormal menstruation/ 月経の異常       | <input type="checkbox"/> Vaginal discharge/ おりもの |
| <input type="checkbox"/> Lower abdominal pain/ 下腹部が痛い | <input type="checkbox"/> Irregular genital bleeding/ 不正性器出血 | <input type="checkbox"/> Polyps/ ポリープ            |
| <input type="checkbox"/> Ovarian cysts/ 卵巣のう腫         | <input type="checkbox"/> Genital itchiness/ 性器のかゆみ          | <input type="checkbox"/> Uterine fibroids/ 子宮筋腫  |
| <input type="checkbox"/> Cancer screening/ がん検診       | <input type="checkbox"/> Infertility/ 不妊症                   | <input type="checkbox"/> Anemia/ 貧血              |
| <input type="checkbox"/> Other/ その他( )                |   |  |

**When did the symptoms start?/** それはいつからですか？

Since approximately: \_\_\_\_\_ year/ 年 \_\_\_\_\_ month/ 月 \_\_\_\_\_ day/ 日ごろから

**About your menstrual periods/** 月経について

When was your first menstrual period?/ 初めて月経があったのはいつですか？ Age/ 年齢: \_\_\_\_\_ years old/ 歳  
When was your menopause?/ 閉経はいつですか？ Age/ 年齢: \_\_\_\_\_ years old/ 歳

**How long is your menstrual cycle?/** 周期について

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 28 days/ 28 日型 | <input type="checkbox"/> 30 days/ 30 日型 | <input type="checkbox"/> _____ days/ 日型 | <input type="checkbox"/> Irregular/ 不順 |
|---|---|---|--|

**On average, how long does your period last?/** 平均月経持続日数は？

For \_\_\_\_\_ days/ 日間

**How heavy is your flow?/** 月経の量について

- |                                    |                                     |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heavy/ 多い | <input type="checkbox"/> Medium/ 普通 | <input type="checkbox"/> Light/ 少ない |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

**Do you suffer from menstrual pain?/** 月経痛はありますか？

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes/ はい | <input type="checkbox"/> No/ いいえ |
|----------------------------------|----------------------------------|

**When was the first day of your last period?/** 最終月経は？

Date/ 日付: \_\_\_\_\_ month/ 月 \_\_\_\_\_ day/ 日

**Have you ever had sexual intercourse?/** 今までに性行為をした事がありますか？

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes/ はい | <input type="checkbox"/> No/ いいえ |
|----------------------------------|----------------------------------|

\*Please fill in the next page(s) as well./ ※次のページもご記入ください。

患者氏名：

English/英語

患者 ID：

**Is there a possibility that you are pregnant?/ 妊娠していますか、またその可能性はありますか？**

Yes/ はい → \_\_\_\_\_ months pregnant/ ヶ月  I do not know/ わからない  No/ いいえ

**Are you breastfeeding?/ 授乳中ですか？**

Yes/ はい  No/ いいえ

**Have you ever had a Pap test?/ 子宮頸がん検診を受けたことがありますか？**

Yes/ はい → Date/ 日付: \_\_\_\_\_ year/ 年 \_\_\_\_\_ month/ 月 day/ \_\_\_\_日  No/ いいえ

**Did this test reveal any abnormalities?/ 子宮頸がん検診の結果なにか異常はありましたか？**

Yes/ はい  No/ いいえ

**Pregnancy history/ 妊娠した回数**

**Pregnancy/ 妊娠** Number of times: \_\_\_\_\_ / 回

**Delivery/ 分娩** Number of times: \_\_\_\_\_ / 回  
 →  Normal delivery/ 正常分娩 Number of times: \_\_\_\_\_ / 回  
 →  Abnormal delivery/ 異常分娩 Number of times: \_\_\_\_\_ / 回

**Abortion and/or miscarriage/ 流産** Number of times: \_\_\_\_\_ / 回  
 →  Miscarriage/ 自然流産 Number of times: \_\_\_\_\_ / 回  
 →  Abortion/ 人工流産 Number of times: \_\_\_\_\_ / 回

**Other/ その他**  Ectopic pregnancy/ 子宮外妊娠  Hydatidiform mole/ 胎状奇胎

**Family medical history/ 家族の病歴**

	Age / 年齢	Healthy / 健康	Not healthy / 健康ではない	Hereditary disease / 遺伝子疾患	High blood pressure / 高血圧	Diabetes / 糖尿病	Cancer / がん
Father/ 父	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mother/ 母	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brothers/ 兄弟	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sisters/ 姉妹	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husband/ 夫	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Children/ 子ども	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Are you currently undergoing treatment for any diseases?/ 現在治療している病気はありますか？**

Yes/ はい (Disease/ 病名: \_\_\_\_\_ )  
 No/ いいえ

**Are you allergic to any foods or medications?/ 薬や食べ物でアレルギーがでますか？**

Yes/ はい →  Medication/ 薬  Food/ 食べ物  Other/ その他( \_\_\_\_\_ )  
 No/ いいえ

**Are you currently taking any medications?/ 現在飲んでいる薬はありますか？**

Yes/ はい → Please show us the medications if you have them with you./ 持っていれば見せてください  
 No/ いいえ

\*Please fill in the next page(s) as well./ ※次のページもご記入ください。

患者氏名：

English/英語

患者 ID：

**Have you previously had any of the diseases listed below?/ 今までにかかった病気はありますか？**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal disease/ 胃腸の病気        | <input type="checkbox"/> Liver disease/ 肝臓の病気        | <input type="checkbox"/> Heart disease/ 心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> Kidney disease/ 腎臓の病気                  | <input type="checkbox"/> Respiratory disease/ 呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> Blood disease/ 血液の病気 |
| <input type="checkbox"/> Brain / neurological disease/ 脳・神経系の病気 | <input type="checkbox"/> Cancer/ 癌                   |   |
| <input type="checkbox"/> Thyroid gland disease/ 甲状腺の病気          | <input type="checkbox"/> Diabetes/ 糖尿病               | <input type="checkbox"/> Other/ その他( )        |

**Do you smoke?/ たばこを吸いますか？**

- |   |   |                            |
|---|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes/ 吸う →                    | Current amount/現在: ___ cigarettes/day/ 本/日  | Duration/喫煙歴: ___ years/年  |
| <input type="checkbox"/> No, but I used to./ 以前吸っていた→ | Previous amount/過去: ___ cigarettes/day/ 本/日 | Duration/ 喫煙歴: ___ years/年 |
| <input type="checkbox"/> No/ 吸わない                     |   |                            |

**Do you drink alcohol?/ お酒を飲みますか？**

- |                                    |                    |                                  |
|------------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes/ はい → | _____ mL/day/ ml/日 | <input type="checkbox"/> No/ いいえ |
|------------------------------------|--------------------|----------------------------------|

**Have you ever had any surgery?/ 手術を受けたことがありますか？**

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes/ はい | <input type="checkbox"/> No/ いいえ |
|----------------------------------|----------------------------------|

**When was the surgery?/ いつごろですか？**

Approximately: \_\_\_\_\_ year/ 年 \_\_\_\_\_ month/ 月 (type of surgery/ 手術名: \_\_\_\_\_)

**Have you ever had any anesthesia?/ 麻酔を受けたことがありますか？**

- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Yes/ はい → | <input type="checkbox"/> General anesthesia/ 全身麻酔 | <input type="checkbox"/> Local anesthesia/ 局所麻酔 |
| <input type="checkbox"/> No/ いいえ   |   |   |

**Did you have any problems related to the anesthesia?/ 麻酔をして何かトラブルがありましたか？**

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes/ はい | <input type="checkbox"/> No/ いいえ |
|----------------------------------|----------------------------------|

**Will you be able to bring an interpreter with you in the future?/ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか？**

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes/ はい | <input type="checkbox"/> No/ いいえ |
|----------------------------------|----------------------------------|