Talatanungan sa Obstetrics at Gynecology
/Obstetrics and Gynecology Questionnaire/産婦人科 問診票

Pangalan ng pasyente/Name of patient /患者氏名		**Para sa mga tauhan lamang /For staff only /医療機関記入欄**	**BT=** ℃ **PR=** min./min./分 **BP=** mmHg **/mmHg** **RR=** min./min./分 **SPO2=** %
Araw ng kapanganakan /Date of birth /生年月日（西暦）	taon /Year/年 buwan /Month/月 Araw /Day/日 （ Taong gulang/Years old/歳）		
Taas/Timbang/Height/Weight/身長・体重	cm/cm kg/kg	**kasarian/Sex/性別**	☐ Lalaki/Male/男性 ☐ Babae/Female/女性
Mga allergy/Allergies /アレルギーの有無	☐ (mga) pagkain/Food(s)/食べ物: ☐ Gamot/Medicine/薬:		

Ano ang problema ngayon? (Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop.)/What is the problem today? (Check all that apply.)
/今日はどのような症状がありますか。（複数ある方は複数図してください。）

☐ Pagbubuntis/Pregnancy/妊娠
☐ Problema sa regla /Menstrual disorder /月経異常
☐ Pananakit kapag may regla /Menstrual pain/月経痛
☐ May lumalabas mula sa ari /Vaginal discharge /おりもの
☐ Abnormal na pagdurugo ng ari /Abnormal vaginal bleeding /不正出血
☐ Sakit kapag umiihi /Pain when urinating /排尿時痛
☐ Hirap umihi /Difficulty urinating /尿がでにくい
☐ Hematuria (dugo sa ihi) /Hematuria (blood in urine) /尿に血が混じる
☐ Pyuria (nana sa ihi) /Pyuria (pus in urine) /尿に膿が混じる
☐ Pantal sa perineum /Perineum rash /会陰部にできもの
☐ Pamumula at pamamaga /Redness and swelling /赤く腫れている
☐ Mayroong sakit /Have pain /痛みがある
☐ Pangangati/Itchiness /かゆみ
☐ Hindi pagpipigil sa ihi /Urinary incontinence /尿失禁
☐ Hindi pagpigil sa pagdumi /Fecal incontinence /便失禁
☐ Prolaps ng matris /Uterine prolapse /子宮脱
☐ Konsultasyon sa fertility treatment/Consultation on fertility treatment/不妊の相談
☐ Pagsusuka /Vomiting/嘔吐
☐ Pagduduwal/Nausea /嘔気
☐ Pagsusuri sa kanser /Cancer screening/がん健診
☐ Ako ay pinayuhan ng ibang klinika/ospital (o sa isang regular na check-up) na pumunta dito. /I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here. /他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む）
☐ Iba pa/Other(s) /その他：

Katanungan tungkol sa iyong regla./I'd like to ask you about your menstrual periods.
/月経についてお伺いします。

☐ Ilang taon ka noong nagsimula kang magkaroon ng regla? /How old were you when you started having your period?/月経がはじまったのはいつですか。 Edad/Age /年齢： Noong ikaw ay/When you were around _____ taong gulang/years old/歳ごろ

☐ Ilang taon ka noong huling magkaregla ka? /How old were you when you had your last period?/月経が終わったのはいつですか。 Edad/Age /年齢： Noong ikaw ay/When you were around _____ taong gulang/years old/歳ごろ

☐ Ilang araw ang iyong menstrual cycle? /How many days long is your menstrual cycle?/月経周期は何日ですか。 _____ Araw na menstrual cycle /Day-menstrual cycle/日型 ☐ Hindi regular /Irregular/不定期で不順

☐ Ilang araw tumatagal ang iyong regla? /How many days do periods last on average?/平均月経持続日数は何日ですか。 _____ Haba ng araw ng iyong regla /Day-length of your menstrual period/日間

☐ Gaano kadami ang iyong regla?/What is your usual flow? /月経の量はどのぐらいですか。 ☐ Kaunti/Light /少ない ☐ Normal /Normal/普通 ☐ Madami/Heavy /多い

☐ Mayroon ka bang anumang sakit sa panahon ng iyong regla?/Do you have any pain during your periods?/月経痛はありますか。 ☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

Kung sumagot ka ng "Oo" at uminom ng pain killer, isulat ang pangalan ng pain killer na iyon.
/If you answered "Yes" and take a pain killer, write the name of that pain killer.
/「はい」と答えた方で鎮痛剤を使用されている方は、鎮痛剤も書いてください。
/Pain killer/Pain killer/鎮痛剤：

☐ Kailan ang iyong huling regla? /When was your last period?/最終月経はいつですか。 taon /Year/年 buwan /Month/月 Araw /Day/日

Nakaranas ka na ba ng pakikipagtalik?/Have you ever had sexual intercourse?
/今までに性交渉の経験がありますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

Nakaranas ka na bang kumuha ng uterine cancer test?/Have you ever had a uterine cancer test?
/子宮がん検診を受けたことがありますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

***Kung naoperahan ka noon, isulat ang petsa nito.**
/If you had a surgery before, write its date./受けたことがある方は日付を書いてください。

taon /Year/年 buwan /Month/月 Araw /Day/日

Nakainom ka na ba ng birth control pills?/Have you ever taken birth control pills?
/ピル（避妊薬）を飲んでいたことがありますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

Buntis ka ba o posibleng buntis ka?/Are you pregnant or possibly pregnant?
/妊娠していますか、またその可能性はありますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes/はい （ _____ Linggo/Weeks/週） ☐ Hindi alam/Do not know/わからない

Nagpapasuso ka ba?/Are you breastfeeding?
/現在、授乳中ですか？

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

Gusto kong tanungin ka tungkol sa mga nakaraang pagbubuntis. Kung mayroon kang (mga) Handbook sa Kalusugan ng Ina at Bata para sa iyong mga nakaraang pagbubuntis, mangyaring maging handa na ipakita ang mga ito./I'd like to ask you about past pregnancies. If you had Maternal and Child Health Handbook(s) for your past pregnancies, please be prepared to present them.
/妊娠歴についてお伺いします※過去の妊娠の時の母子手帳をお持ちの方は母子手帳を用意してください。

☐ Walang kasaysayan ng pagbubuntis/Have no history of pregnancy /妊娠したことがない

☐ Mayroong kasaysayan ng pagbubuntis/Have a history of pregnancy /妊娠したことがある

Kung nilagyan mo ng check ang "Nagbuntis ako", isulat ang iyong kasaysayan ng pagbubuntis sa ibaba./If you checked "I had a pregnancy", write your pregnancy history below.
/「妊娠したことがある」に☑された方は下の妊娠歴をお書きください。

	Taon/Buwan/Araw/Year/Month/Day /年月日	Paghahatid/Delivery/分娩	Nagkaroon ng miscarriage o hindi /Had a miscarriage or not /流産の有無	Nagkaroon ng abnormal na pagbubuntis o hindi/Had abnormal pregnancy or not/異常妊娠の有無	Mga linggo ng pagbubuntis /Weeks of pregnancy/週数
Unang baby/First baby /1人目	_____ Taon/Year/年 _____ Buwan/Month/月 _____ Araw/Day/日	☐ Panganganak ng vaginal /Vaginal delivery/経膣分娩 ☐ Caesarean section /Caesarean section/帝王切開	☐ Nakunan/Miscarriage /自然流産 ☐ Ipinalaglag/Abortion/人工流産	☐ Oo/Yes/あり ☐ Hindi/No/なし	_____ Linggo /Weeks/週
Pangalawang baby/Second baby /2人目	_____ Taon/Year/年 _____ Buwan/Month/月 _____ Araw/Day/日	☐ Panganganak ng vaginal /Vaginal delivery/経膣分娩 ☐ Caesarean section /Caesarean section/帝王切開	☐ Nakunan/Miscarriage /自然流産 ☐ Ipinalaglag/Abortion/人工流産	☐ Oo/Yes/あり ☐ Hindi/No/なし	_____ Linggo /Weeks/週
Pangatlong baby/Third baby /3人目	_____ Taon/Year/年 _____ Buwan/Month/月 _____ Araw/Day/日	☐ Panganganak ng vaginal /Vaginal delivery/経膣分娩 ☐ Caesarean section /Caesarean section/帝王切開	☐ Nakunan/Miscarriage /自然流産 ☐ Ipinalaglag/Abortion/人工流産	☐ Oo/Yes/あり ☐ Hindi/No/なし	_____ Linggo /Weeks/週
Pang-apat na baby/Fourth baby /4人目	_____ Taon/Year/年 _____ Buwan/Month/月 _____ Araw/Day/日	☐ Panganganak ng vaginal /Vaginal delivery/経膣分娩 ☐ Caesarean section /Caesarean section/帝王切開	☐ Nakunan/Miscarriage /自然流産 ☐ Ipinalaglag/Abortion/人工流産	☐ Oo/Yes/あり ☐ Hindi/No/なし	_____ Linggo /Weeks/週
Ikalimang baby /Fifth baby /5人目	_____ Taon/Year/年 _____ Buwan/Month/月 _____ Araw /Day/日	☐ Panganganak ng vaginal /Vaginal delivery/経膣分娩 ☐ Caesarean section /Caesarean section/帝王切開	☐ Nakunan/Miscarriage /自然流産 ☐ Ipinalaglag/Abortion/人工流産	☐ Oo/Yes/あり ☐ Hindi/No/なし	_____ Linggo /Weeks/週

Nagkaroon ka ba ng anumang mga problema sa panahon ng iyong pagbubuntis o panganganak?/Did you have any problems during your pregnancy or delivery?/過去に妊娠中・分娩時などの異常はありましたか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

***Kung nilagyan mo ng check ang "Oo", suriin ang mga sumusunod na item na naaangkop.**
/If you checked "Yes", check the following items that apply.
/「はい」に☑された方は、下の項目で当てはまるものに、☑してください。

☐ Alta-presyon /Hypertension/高血圧
☐ Diabetes mellitus /Diabetes mellitus /糖尿病
☐ Pamamaga/Swelling /むくみ
☐ Nanganib na maagang panganganak /Threatened premature delivery/切迫早産
☐ Nagkaroon ng problema sa pamumuo ng dugo /Had a problem with blood clotting /出血が止まりにくかった
☐ Pangingisay/Convulsion /けいれん
☐ Iba pa/Other(s) /その他：

Kung ikaw ay buntis, gusto mo bang ipanganak ang sanggol sa ospital na ito?/If you are pregnant, would you like to have the baby at this hospital?
/妊娠の方は当院での出産を希望されますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

Ano ang sintomas?/What is the symptom like?
/症状はどのような性質を持っていますか。

☐ pare-pareho/Constant/絶え間なく、続いている
☐ Ang sintomas ay unti-unting lumalala./The symptom is gradually worsening. /徐々にひどくなってきている
☐ Dumarating at nawawala ang sintomas./The symptom comes and goes. /症状が出たり消えたりしている
☐ Iba pa/Other(s) /その他：

Kailan nagsimula ang sintomas?/When did the symptom start?
/この症状はいつからありますか。

taon /Year /年 _____ **buwan /Month /月** _____ **Araw /Day /日** _____ **Mula sa/From about 午前・午後** _____ **：時** _____ **am/am/pm/pm 分ごろから**

Kasalukuyan ka bang umiinom ng anumang gamot, kabilang ang bitamina at nutritional supplement?/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?
/現在、飲んでいる薬はありますか？ ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含みます。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

***Ipakita sa amin ang iyong talaan ng gamot o gamot (notebook)../Show us your medication or medication record (notebook).**
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Pangalan ng mga gamot /Name of medications /お薬の名前	Paano inumin o gamitin ang iyong gamot /How to take or use your medication /飲み方・使い方		Pangalan ng mga gamot /Name of medications /お薬の名前	Paano inumin o gamitin ang iyong gamot/How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

Ikaw ba ay nasa ilalim ng o sumailalim sa pangangalaga ng isang doktor?/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？

☐ Hindi/No /いいえ　☐ Oo/Yes /はい

Kung nilagyan mo ng check ang "Oo", piliin ang kondisyon mula sa listahan, at isulat ang pangalan ng ospital kung saan ka tumanggap ng paggamot./If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.
/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Pangalan ng sakit (Isulat ang numero mula sa sumusunod na listahan) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名（下記リスト番号可）		Pag-unlad ng paggamot/Treatment progress /治療経過		Pangalan ng ospital/Hospital name /医療機関名
		☐ Gumaling/Recovered/治癒 ☐ Itinigil ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断	☐ Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 ☐ Hindi ginagamot/Untreated/未治療	
		☐ Gumaling/Recovered/治癒 ☐ Itinigil ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断	☐ Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 ☐ Hindi ginagamot/Untreated/未治療	
		☐ Gumaling/Recovered/治癒 ☐ Itinigil ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断	☐ Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 ☐ Hindi ginagamot/Untreated/未治療	
		☐ Gumaling/Recovered/治癒 ☐ Itinigil ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断	☐ Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 ☐ Hindi ginagamot/Untreated/未治療	

＜Listahan ng mga sakit/List of diseases/疾患リスト＞

Sistema ng sakit /System of disease/疾患の系統		Mga pangalan ng sakit/Disease names /疾患名				
①	Sakit sa pagtunaw/Digestive disease /消化器系の疾患	a. Peptic ulcer/Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. Hepatitis/Hepatitis /肝炎	c. Hepatic cirrhosis /Hepatic cirrhosis /肝硬変	d. Iba pa/Other(s) /その他：	
②	Sakit sa sistema ng sirkulasyon /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Alta-presyon/Hypertension /高血圧	b. Angina pectoris /Atake sa puso /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. Arrhythmia/Arrhythmia /不整脈	d. Heart failure /Heart failure/心不全	e. Iba pa/Other(s) /その他：
③	Sakit sa paghinga/Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Hika/Asthma/喘息	b. Chronic obstructive pulmonary disease /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. Pulmonya/Pneumonia /肺炎	d. Pulmonary tuberculosis/Pulmonary tuberculosis /肺結核	e. Iba pa/Other(s) /その他：
④	Sakit sa bato at urolohiya /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Talamak na pagkabigo sa bato /Chronic renal failure /慢性腎不全	b. Bato sa bato/ihi /Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. Impeksyon sa daluyan ng ihi /Urinary tract infection /尿路感染症	d. Iba pa/Other(s) /その他：	
⑤	Sakit sa utak at nervous system /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction/Cerebral infarction /脳梗塞	b. Pagdurugo ng tserebral/Cerebral hemorrhage /脳出血	c. Epilepsy/Epilepsy /てんかん	d. Iba pa/Other(s) /その他：	
⑥	Endocrine o metabolic disease/Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus/Diabetes mellitus /糖尿病	b. Hyperlipidemia/Hyperlipidemia /高脂血症	c. Thyroid gland malfunction /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. Hyperuricemia/Hyperuricemia /高尿酸血症	e. Iba pa/Other(s) /その他：
⑦	Sakit sa buto o kalamnan/Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Rheumatoid arthritis/Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. Osteoporosis/Osteoporosis /骨粗鬆症	c. Osteoarthritis/Osteoarthritis /変形性膝関節症	d. Herniated intervertebral discs /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア	e. Gout/Gout/痛風
		f. Iba pa/Other(s) /その他：				
⑧	Obstetrics and gynecology disease/Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids /Uterine fibroids /子宮筋腫	b. Dysmenorrhea /Dysmenorrhea /月経困難症	c. Pagkabaog /Infertility/不妊症	d. Iba pa/Other(s) /その他：	
⑨	Sakit sa mata/Eye disease /眼の疾患	a. Katarata/Cataract /白内障	b. Glaucoma/Glaucoma /緑内障	c. Retinopathy /Retinopathy/網膜症	d. Iba pa/Other(s) /その他：	
⑩	Malignant tumor/Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Kanser sa tiyan /Stomach cancer /胃がん	b. Kanser sa bituka/Colon cancer /大腸がん	c. Kanser sa atay /gallbladder/pancreatic /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん	d. Cancer sa suso/Breast cancer/乳がん	e. Kanser sa matris /Uterine cancer /子宮がん
		f. Kanser sa baga /Lung cancer/肺癌	g. Iba pa/Other(s) /その他：			
⑪	Sakit sa utak/Mental disease /精神の疾患	a. Depresyon/Depression /うつ病	b. Schizophrenia/Schizophrenia /統合失調症	c. Iba pa/Other(s) /その他：		
⑫	Sakit sa tainga, ilong, at lalamunan /ENT disease /耳鼻科の疾患	a.May kapansanan sa pandinig/Impaired hearing /難聴	b. Pagkahilo/Dizziness /めまい	c. ingay sa tainga /Ear noise/耳鳴	d.Allergy sa pollen /Pollen allergy/花粉症	e. Iba pa/Other(s) /その他：
⑬	Sakit sa dugo /Blood disease /血液の疾患	a. Anemia/Anemia/貧血	b. Leukemia/Leukemia /白血病	c. Iba pa/Other(s) /その他：		
⑭	Sakit sa balat /Skin disease /皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis/Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. Alipunga (athlete's foot) /Tinea (athlete's foot) /白癬症（水虫）	c. Iba pa/Other(s) /その他：		

Naoperahan ka na ba?/Have you ever had surgery?
/今までに手術をしたことがありますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

Kung nilagyan mo ng check ang "Oo", isulat ang kasaysayan ng iyong operasyon./If you checked "Yes", write the history of your surgery.
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

Mga pangalan ng sakit/Disease names /疾患名	Pangalan ng iyong operasyon /Name of your surgery/手術名	Kailan ka naoperahan /When you had the surgery /手術をした時期	Ospital kung saan ka nagkaroon ng operasyon /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※Kung hindi ka sigurado tungkol sa eksaktong petsa ng operasyon, isulat ang taon o edad.
/If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.
/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

Regular ka bang naninigarilyo?/Do you smoke regularly?
/習慣的に、たばこを吸いますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい ☐ Dating naninigarilyo/Used to smoke /以前吸っていた

Pagkonsumo ng sigarilyo /Cigarette consumption/喫煙量	Tagal ng paninigarilyo/Duration of smoking /喫煙期間	Taon kung kailan ka tumigil sa paninigarilyo /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____sigarilyo/Araw /cigarettes/Day /本/日	_____taon/Year/年	_____taon/Year/年 _____buwan/Month/月

***Kung mayroon ka pa ring bisyo sa paninigarilyo, iwang blangko ang tanong tungkol sa taon na huminto ka sa paninigarilyo./If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.**
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

Regular ka bang umiinom?/Do you drink regularly?
/習慣的にお酒を飲みますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい ☐ Dating regular na umiinom/Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

☐ Beer/Beer/ビール	ml/Araw/ml /Day/日	☐ Whisky/Whisky/ウイスキー	ml/Araw/ml /Day/日
☐ Japanese sake /Japanese sake/日本酒	ml/Araw/ml /Day/日	☐ alak/Wine/ワイン	ml/Araw/ml /Day/日
☐ Iba pa/Other(s) /その他：	ml/Araw/ml /Day/日		

Kung babae, sagutin ang mga tanong sa ibaba. Buntis ka ba, o posibleng buntis ka?/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい ☐ Hindi alam/Do not know/わからない

nagpapasuso ka ba?/Are you breastfeeding?
/現在、授乳中ですか。

☐ Hindi/No /いいえ ☐ Oo/Yes /はい

Kung mayroon kang espesyal na kahilingan tungkol sa konsultasyon, lagyan ng check ang kahon./If you have a special request concerning the consultation, check the box.
/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

☐ Gusto kong malaman nang maaga ang aking tinantyang gastos sa pagpapagamot/I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてほしい。

☐ Gusto kong magkaroon ng interpreter kung may available na serbisyo ng interpreter. /I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

☐ Iba pa/Other(s)/その他：