

患者氏名：

患者 ID：

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

**Living condition/ 生活状況**

- With family member(s) who require nursing care/ 介護しなければならない家族がいる
  Have young children/ 幼い子どもがいる  
 Aged household/ 高齢者世帯
  Living alone/ 独居
  Single parent/ 母子家庭  
 Other/ その他( )

**Employment/ 職業**

- Full-time/ 常勤雇用
  Part-time/ パートタイム
  Self-employed/ 自営業  
 Retired/ 退職
  Unemployed/ 無職

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

- Pregnancy/ 妊娠
  Abnormal menstruation/ 月経の異常
  Vaginal discharge/ おりもの  
 Lower abdominal pain/ 下腹部が痛い
  Irregular genital bleeding/ 不正性器出血
  Polyps/ ポリープ  
 Ovarian cysts/ 卵巣のう腫
  Genital itching/ 性器のかゆみ
  Uterine fibroids/ 子宮筋腫  
 Cancer screening/ がん検診
  Infertility/ 不妊症
  Anemia/ 貧血  
 Fits/ ひきつけをおこす
  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**

- 28 days/ 28 日型
  30 days/ 30 日型
  \_\_\_\_\_days/ 日型
  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**

- Heavy/ 多い
  Medium/ 普通
  Light/ 少ない

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

- Yes/ はい
  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？**

- Yes/ はい
  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：

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

**If you are pregnant, would you like to deliver in this hospital?/ 妊娠の方は当院での出産を希望しますか？**
 Yes/ はい
  No/ いいえ
**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：

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？**

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

**How old were you when you became ill?/ それは何歳の時ですか？**

Age: \_\_\_\_ (years old)/ 歳

**Do you smoke?/ たばこを吸いますか？**

- Yes/ 吸う →    Current amount/ 現在: \_\_\_\_cigarettes/day/ 本/日    Duration/ 喫煙歴: \_\_years/年  
 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  
 No/ 吸わない

**Do you drink alcohol?/ お酒を飲みますか？**

- Yes/ はい →    \_\_\_\_\_mL/day/ ml/日     No/ いいえ

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

- Yes/ はい     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？**

- Yes/ はい →     General anesthesia/ 全身麻酔     Local anesthesia/ 局所麻酔  
 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？**

- Yes/ はい     No/ いいえ

**Have you ever had a blood transfusion?/ 輸血を受けたことがありますか？**

- Yes/ はい     No/ いいえ

**Did you have any problems related to a blood transfusion?/ 輸血をして何かトラブルがありましたか？**

- Yes/ はい     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？**

- Yes/ はい     No/ いいえ