

Obstetrics and Gynecology Questionnaire/産婦人科 問診票

Name of patient /患者氏名				For staff only /医療機関記入欄	BT=	℃
Date of birth /生年月日 (西暦)	Year/年 (Month/月	Day/日		PR=	/分
	Years old/歳)				BP=	mmHg
Height/Weight/身長・体重	cm kg				RR=	/分
Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Medicine/薬:			SPO2=	%	

What is the problem today? (Check all that apply.)

/今日は何のような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pregnancy/妊娠 | <input type="checkbox"/> Menstrual disorder
/月経異常 | <input type="checkbox"/> Menstrual pain
/月経痛 | <input type="checkbox"/> Vaginal discharge
/おりもの | <input type="checkbox"/> Abnormal vaginal
bleeding/不正出血 | <input type="checkbox"/> Pain when urinating
/排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> Difficulty urinating
/尿がでにくい | <input type="checkbox"/> Hematuria (blood in
urine) /尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> Pyuria (pus in urine)
/尿に膿が混じる | <input type="checkbox"/> Perineum rash
/会陰部にできもの | <input type="checkbox"/> Redness and swelling
/赤く腫れている | <input type="checkbox"/> Have pain
/痛みがある |
| <input type="checkbox"/> Itchiness
/かゆみ | <input type="checkbox"/> Urinary incontinence
/尿失禁 | <input type="checkbox"/> Fecal incontinence
/便失禁 | <input type="checkbox"/> Uterine prolapse
/子宮脱 | <input type="checkbox"/> Consultation on fertility
treatment/不妊の相談 | <input type="checkbox"/> Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Nausea/嘔気 | <input type="checkbox"/> Cancer screening
/がん健診 | <input type="checkbox"/> 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) | | | |
| <input type="checkbox"/> Other(s)/その他: | | | | | |

I'd like to ask you about your menstrual periods.

/月経についてお伺いします。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 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。 | Age/年齢: When you were around _____ years old/歳ごろ |
| <input type="checkbox"/> How old were you when you had your last period?/月経が終わったのはいつですか。 | Age/年齢: When you were around _____ years old/歳ごろ |
| <input type="checkbox"/> How many days long is your menstrual cycle?/月経周期は何日ですか。 | _____ Day-menstrual cycle/日型 <input type="checkbox"/> Irregular/不定期で不順 |
| <input type="checkbox"/> How many days do periods last on average?/平均月経持続日数は何日ですか。 | _____ Day-length of your menstrual period/日間 |
| <input type="checkbox"/> What is your usual flow?/月経の量はどのぐらいですか。 | <input type="checkbox"/> Light/少ない <input type="checkbox"/> Normal/普通 <input type="checkbox"/> Heavy/多い |
| <input type="checkbox"/> Do you have any pain during your periods?/月経痛はありますか。 | <input type="checkbox"/> No/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい |

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/鎮痛剤:

- | | | | |
|---|--------|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> When was your last period?/最終月経はいつですか。 | Year/年 | Month/月 | Day/日 |
|---|--------|---------|-------|

Have you ever had sexual intercourse?

/今までに性交渉の経験がありますか。

- No/いいえ Yes/はい

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。

- No/いいえ Yes/はい *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。

Year/年 Month/月 Day/日

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。

- No/いいえ Yes/はい

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。

- No/いいえ Yes/はい (_____ Weeks/週) Do not know/わからない

Are you breastfeeding?

/現在、授乳中ですか?

- No/いいえ Yes/はい

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。

- Have no history of pregnancy/妊娠したことがない
 Have a history of pregnancy/妊娠したことがある
- 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。

	Year/Month/Day /年月日	Delivery/分娩	Had a miscarriage or not /流産の有無	Had abnormal pregnancy or not/異常妊娠の有無	Weeks of pregnancy /週数
First baby /1人目	____ Year/ ____ Month/ ____ Day/ /年 /月 /日	<input type="checkbox"/> Vaginal delivery/経膈分娩 <input type="checkbox"/> Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Miscarriage/自然流産 <input type="checkbox"/> Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Yes/あり <input type="checkbox"/> No/なし	____ Weeks/週
Second baby /2人目	____ Year/ ____ Month/ ____ Day/ /年 /月 /日	<input type="checkbox"/> Vaginal delivery/経膈分娩 <input type="checkbox"/> Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Miscarriage/自然流産 <input type="checkbox"/> Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Yes/あり <input type="checkbox"/> No/なし	____ Weeks/週
Third baby /3人目	____ Year/ ____ Month/ ____ Day/ /年 /月 /日	<input type="checkbox"/> Vaginal delivery/経膈分娩 <input type="checkbox"/> Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Miscarriage/自然流産 <input type="checkbox"/> Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Yes/あり <input type="checkbox"/> No/なし	____ Weeks/週
Fourth baby /4人目	____ Year/ ____ Month/ ____ Day/ /年 /月 /日	<input type="checkbox"/> Vaginal delivery/経膈分娩 <input type="checkbox"/> Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Miscarriage/自然流産 <input type="checkbox"/> Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Yes/あり <input type="checkbox"/> No/なし	____ Weeks/週
Fifth baby /5人目	____ Year/ ____ Month/ ____ Day/ /年 /月 /日	<input type="checkbox"/> Vaginal delivery/経膈分娩 <input type="checkbox"/> Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Miscarriage/自然流産 <input type="checkbox"/> Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> Yes/あり <input type="checkbox"/> No/なし	____ Weeks/週

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。

- No/いいえ Yes/はい *If you checked "Yes", check 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。
- Hypertension /高血圧 Diabetes mellitus /糖尿病 Swelling/むくみ Threatened premature delivery/切迫早産
- Had a problem with blood clotting /出血が止まりにくかった Convulsion /けいれん Other(s)/その他：

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。

- No/いいえ Yes/はい

What is the symptom like?

/症状はどのような性質を持っていますか。

- Constant/絶え間なく、続いている The symptom comes and goes.
/症状が出たり、消えたりしている The symptom is gradually worsening.
/徐々にひどくなっている
- Other(s)/その他：

When did the symptom start?

/この症状はいつからありますか。

____ Year/年 ____ Month/月 ____ Day/日 From about ____ : ____ am/pm
午前・午後 時 分ごろから

Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?

/現在、飲んでる薬はありますか？ ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- No/いいえ Yes/はい *Show us your medication or a medicine pocketbook.
/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。

	Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

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？

No/いいえ Yes/はい

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。

Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Treatment progress /治療経過	Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療	

<List of diseases/疾患リスト>

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

Have you ever had surgery?

/今までに手術をしたことがありますか。

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい

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。

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※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。

Do you smoke regularly?

/習慣的に、たばこを吸いますか？

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい
-
- Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年	_____Year/年_____Month/月

*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。

Do you drink regularly?

/習慣的にお酒を飲みますか？

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい
-
- Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/ビール	_____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー	_____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒	_____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Wine/ワイン	_____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Other(s)/その他	_____ml/Day/日		

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。

-
- 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ください。
-
-
- 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。
-
-
- Other(s)/その他：