

婦人科問診票 / Gynecology Questionnaire

名前/name _____

生年月日/Date of birth _____ 年/year _____ 月/month _____ 日/day _____

Do you speak Japanese? tick(✓)box ⇒ Yes. No.

●今回受診される理由について / Reason for visit の中に✓点を入れてお答えください / Tick(✓)box

- 子宮筋腫/uterine myoma 卵巣のう腫/ovarian cysts ポリープ/polyps
月経異常/irregular periods 不正出血/irregular bleeding おりもの/vaginal discharge
下腹痛/lower abdominal pain 性器のかゆみ/ itching 不妊症/infertility
更年期/symptoms of menopause がん検診/pap smear 妊娠検査/pregnancy check
その他/other(_____)

●月経について / Menstrual history

* 初めて生理があったのはいつですか / At what age did your first period start? _____歳/age

* 閉経はいつですか / Have you reached menopause? If yes ⇒ _____歳/age

* 生理は順調ですか / Are your periods regular? いいえ/ No はい/ Yes

* 生理周期について / Interval _____日周期/days

* 生理は何日間ありますか / How long does your period usually last? _____日/days

* 生理の量 / How is your flow? 多い/heavy 普通/regular 少ない/light

* 生理痛は / Do you have period pain? 無/No 有/Yes ⇒ いつも/always 時々/sometimes

* 生理痛で薬を飲みますか/ Do you use painkillers for period pain?

いいえ/No はい/Yes ⇒ 薬品名/name of medication (_____)

* 最終月経はいつですか/ Date of your last period.

開始日/start _____年/year _____月/month _____日/day 終了日/end _____月/month _____日/day

●性交渉の経験はありますか / Have you ever had sexual intercourse? はい/Yes いいえ/No

●性感染症にかかったことはありますか / Have you ever had any STDs?

いいえ/No はい/Yes ⇒ クラミジア/chlamydia 淋病/gonorrhoea

トリコモナス/trichomonas エイズ/HIV

その他/other _____

●子宮がん検診をうけたことがありますか / Have you ever had a pap smear?

いいえ/No

はい/Yes ⇒ 最後に受けた時期/Date of last pap smear _____年/year _____月/month

 ⇒ 検査結果/result 異常なし/normal 異常あり/abnormal⇒Details(_____)

●妊娠歴について / Pregnancy history

* これまでに妊娠したことがありますか / Have you ever been pregnant?

はい/Yes いいえ/No

*自然流産や人工流産の経験はありますか / Have you ever had a miscarriage or abortion?

いいえ/No

はい/Yes ⇒ 自然流産/Miscarriage ⇒ 1回/once 2回/twice 3回以上/3times or more

人工中絶/Abortion ⇒ 1回/once 2回/twice 3回以上/3times or more

*お子様がいらっしゃる方はご記入ください / Do you have any children? If yes, please give details.

出産時の年齢/delivery age		分娩方法/delivery method	
第1子/first child	歳/age	<input type="checkbox"/> 経膣分娩/vaginal delivery	<input type="checkbox"/> 帝王切開/C-section
第2子/second child	歳/age	<input type="checkbox"/> 経膣分娩/vaginal delivery	<input type="checkbox"/> 帝王切開/C-section
第3子/third child	歳/age	<input type="checkbox"/> 経膣分娩/vaginal delivery	<input type="checkbox"/> 帝王切開/C-section

●アレルギーはありますか / Do you have any allergies?

いいえ/No

はい/Yes ⇒ 薬/medication (_____) 食べ物/food (_____)

その他/other (_____)

●現在飲んでいる薬もしくはサプリメントはありますか / Are you currently taking any medication or supplement?

いいえ/No はい/Yes ⇒ 薬品名/details (_____)

●以下の病気にかかったことはありますか / Have you ever had any of the following medical conditions?

該当する内容の□に✓点を入れてお答えください / Tick(✓) all relevant boxes.

<input type="checkbox"/> 高血圧/high blood pressure	<input type="checkbox"/> 高脂血症/high cholesterol	<input type="checkbox"/> 糖尿病/diabetes
<input type="checkbox"/> 心臓の病気/heart disease	<input type="checkbox"/> 腎臓の病気/kidney disease	<input type="checkbox"/> 肝臓の病気/liver disease
<input type="checkbox"/> 喘息/asthma	(詳細⇒ _____)	(詳細⇒ _____)
<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気/thyroid disease	<input type="checkbox"/> 癌/cancer(詳細⇒ _____)	
<input type="checkbox"/> その他/other		

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

いいえ/No

はい/Yes ⇒ 詳細/details _____ 年/year _____

●家族の病歴をおしえてください/Have any of your family members had the following medical conditions?

	年齢 age	高血圧 high blood pressure	糖尿病 diabetes	癌 cancer	その他 other
父/father	Age 歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
母/mother	Age 歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
兄弟/brothers	Age 歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
姉妹/sisters	Age 歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	