

OBSTETRICS and GYNECOLOGY

さん ふ じん か もんしんひょう
産婦人科問診票

English
英語

Check all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year ねん 年 month がつ 月 day 日にち 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍			Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか

pregnancy 妊娠
 irregular period 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
 tumour 卵巣の腫瘍
 vaginal itching 性器のかゆみ
 uterine fibroids 子宮筋腫
 pap smear がん検診
 sterility 不妊症
 anemia 貧血
 others その他

Menstrual history 生理について

When did your first period start? 初めて生理があったのはいつですか age _____ years 才

When was your menopause? 閉経はいつですか age _____ years 才

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

Intervals 周期について 28days 28日型 30days 30日型 _____ days 日型 irregular 不順

Periods 生理の期間について _____ days 日間

Menstrual flow 生理の量について heavy 多い normal 普通 light 少ない

Do you suffer from any pain during your period? 生理痛はありますか Yes はい No いいえ

Date of your last period. 最終月経は _____ month 月 _____ day 日

History of pregnancy 妊娠した回数

pregnancy 妊娠 _____ times 回
 delivery 分娩 _____ times 回 → normal 正常分娩 _____ times 回 abnormal 異常分娩 _____ times 回
 miscarriage 流産 _____ times 回 → natural abortion 自然流産 _____ times 回 abortion 人工流産 _____ times 回
 others その他 ectopic pregnancy 子宮外妊娠 hydatidiform mole 胎状奇胎

Do you want to deliver your infant at 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

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Yes はい → medication 薬 food 食べ物 others その他 No いいえ

Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください No いいえ

Have you ever had a pap smear? がん検診を受けたことがありますか

Yes はい → _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日 No いいえ

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか

stomach and intestinal disorder 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 tuberculosis 結核 diabetes 糖尿病 asthma ぜんそく
 high blood pressure 高血圧症 AIDS/HIV エイズ thyroid problems 甲状腺の病気 venereal disease 性病
 others その他



Have you ever had any operations? 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				
Have you ever had a blood transfusion? 輸血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				
Family's medical history : Fill out family's age and check(✓) any diseases they had. 家族の病歴							
	age 年齢	healthy 健康	not healthy 健康ではない	hereditary disease 遺伝病	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"/>
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 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		

<2/2ページ>