

## OBSTETRICS and GYNECOLOGY

## 産婦人科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

Name 名前 Date of birth: 生年月日 \_\_\_\_ year 年 \_\_\_\_ month 月 \_\_\_\_ day 日

Address 住所 Phone 電話

Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?  
☐ No 無 ☐ Yes 有

Nationality 国籍 Language 言葉

What is wrong with you? どうしましたか

- ☐ pregnancy 妊娠 ☐ irregular period 月経異常 ☐ vaginal discharge おりもの  
☐ stomachache 腹痛 ☐ irregular genital bleeding 不正性器出血 ☐ polyp ポリープ  
☐ oophoroma 卵巣のう腫 ☐ vaginal itching 性器のかゆみ ☐ uterine leiomyoma 子宮筋腫  
☐ pap smear がん検診 ☐ sterility 不妊症 ☐ others その他

Menstrual history 月経について

- \* When did your first period start? 初めて生理があったのはいつですか age \_\_\_\_ years 歳
- \* When was your menopause? 閉経はいつですか age \_\_\_\_ years 歳
- \* Are periods regular? 生理は順調ですか ☐ No いいえ ☐ Yes はい
- \* Intervals 周期について  
☐ 28days 28日型 ☐ 30days 30日型 ☐ \_\_\_\_ days 日型 ☐ irregular 不順
- \* Periods 持続期間  
 last \_\_\_\_ days 日間
- \* Menstrual flow 生理の量  
☐ heavy 多い ☐ normal 普通 ☐ light 少ない
- \* Do you suffer from any pain during your period? 生理痛  
☐ No 無 ☐ Yes 有
- \* Date of your last period. 最終月経はいつですか  
 \_\_\_\_ month 月 \_\_\_\_ day 日

History of pregnancy 妊娠歴

- ☐ pregnancy 妊娠 → \_\_\_\_ times 回 ☐ normal 正常分娩 \_\_\_\_ times 回  
☐ delivery 分娩 → \_\_\_\_ times 回 ☐ abnormal 異常分娩 \_\_\_\_ times 回  
☐ miscarriage 流産 → \_\_\_\_ times 回 ☐ natural abortion 自然流産 \_\_\_\_ times 回  
☐ others その他 ☐ artificial abortion 人工流産 \_\_\_\_ times 回  
☐ 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お産を希望しますか

- ☐ No いいえ ☐ Yes はい

Have you ever been allergic to medication or food? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

- ☐ No 無 ☐ Yes 有 → ☐ medication 薬 ☐ food 食物 ☐ others その他

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

- ☐ No 無 ☐ Yes 有 → 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

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

- ☐ No いいえ ☐ Yes はい → \_\_\_\_ year 年 \_\_\_\_ month 月 \_\_\_\_ day 日

What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

- ☐ 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  
☐ high blood pressure 高血圧症 ☐ diabetes 糖尿病 ☐ asthma 喘息 ☐ AIDS エイズ  
☐ thyroid problem 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

- ☐ No いいえ ☐ Yes はい

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

- ☐ No いいえ ☐ Yes はい

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 健康でない	hereditary disease 遺伝病	high blood pressure 高血圧	diabetes 糖尿病	cancer 癌
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 子供		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>